



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

**Promover Estilos de Vida Saudáveis nos
Assistentes Operacionais de um Hospital da
Região Metropolitana de Lisboa**

Fernando Jorge Cabaço Coelho

2015

Não contempla as correções resultantes de discussão pública





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

**Promover Estilos de Vida Saudáveis nos
Assistentes Operacionais de um Hospital da
Região Metropolitana de Lisboa**

Fernando Jorge Cabaço Coelho

Orientação por:

SR^a Professora Doutora Maria de Fátima Moreira Rodrigues

2015



“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível, e de repente você estará fazendo o impossível.”

Francisco de Assis

RESUMO

Para consolidar a formação teórica lecionada no curso de mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem comunitária foi elaborado um projeto de intervenção comunitária com o objetivo de permitir o desenvolvimento profissional através da aquisição de competências inerentes à função de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. Para o efeito foi utilizado a metodologia do processo de planeamento em saúde que segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010) é a base para avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

A intervenção comunitária teve como população alvo o grupo dos Assistentes Operacionais de um hospital na região metropolitana de Lisboa visando promover estilos de vida saudáveis. Como objetivo pretendeu-se contribuir para a capacitação dos assistentes operacionais para adotarem atitudes que lhe permitam uma vida mais saudável, em contexto hospitalar, no decurso e no pós-laboral.

Para atingir este objetivo utilizou-se a metodologia do processo de planeamento em saúde em que para o diagnóstico de situação foram utilizados vários instrumentos de recolha de dados, como questionário, entrevista estruturada e a consulta de saúde ocupacional. Foram identificados como principais diagnósticos: 47,5% dos Assistentes Operacionais apresentam diminuída a prática de exercício físico e 50% dos Assistentes Operacionais apresentavam atualmente abuso do tabaco.

Como referencial teórico mobilizou-se o modelo de promoção de saúde de Pender (2011) que facilitou o planeamento de intervenções que visam a modificação a nível cognitivo e comportamental através de estratégias de educação para a saúde.

Na avaliação dos resultados verificou-se a adoção de estilos de vida mais saudáveis: 62,5% dos Assistentes Operacionais iniciaram o projeto de ginástica laboral “Começar hoje com boas escolhas para melhorar a saúde de amanhã: exercício físico” e 55% dos Assistentes Operacionais consumidores de tabaco foram referenciados para a consulta de cessação tabágica do hospital onde iniciaram o seu processo pessoal de cessação tabágica.

PALAVRAS-CHAVE: Estilos de vida, enfermagem em saúde ocupacional, assistentes operacionais, prevenir e promover.

ABSTRACT

To consolidate the theoretical training taught in the master's course in nursing in the area of specialization in community nursing has crafted a community intervention project with the purpose of enabling the professional development through the acquisition of skills necessary to function nurse specialist community nursing. For this purpose we used the methodology of health planning process that according to the Order of Nurses (2010) is the basis for assessing the health status of a community.

Community intervention was to target the population group of the Operational Assistant to the hospital in the metropolitan area of Lisbon to promote healthy lifestyles. The objective was intended to contribute to the training of operating assistants to adopt attitudes that help you live a healthier life in hospital, during and after work.

To achieve this goal we used the methodology of health planning process in which for the diagnosis of situation were used several data collection instruments such as questionnaires, structured interviews and occupational health consultation. Were identified as main diagnoses: 47.5% of Operating Assistants have diminished physical activity and 50% of Operating Assistants currently presented tobacco abuse.

Theoretical framework mobilized the health promotion model of Pender (2011) which facilitated the planning of interventions aimed at modifying the cognitive and behavioral level through education strategies for health.

In assessing the results verified the adoption of healthier lifestyles: 62.5% of Operating Assistants started gymnastics project "Start today with good choices to improve the health of tomorrow: exercise" and 55% of assistants Operating tobacco users were referred for smoking cessation clinic of the hospital where they began their personal process of smoking cessation.

KEY WORD: Lifestyle, nursing occupational health, operational workers, prevent and promote.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os profissionais do hospital que deram o seu contributo para a concretização deste projeto.

Agradeço à SR^a Professora Doutora Maria De Fátima Moreira Rodrigues pela incansável colaboração, apoio, incentivo, disponibilidade e orientação.

Dedico este trabalho há minha esposa, e agradeço por toda a colaboração que teve neste projeto, possibilitando que este se concluísse com sucesso. Fica também uma palavra de carinho e apreço em especial para os meus filhos que ficaram privados durante muitas horas de tempo de qualidade com o pai.

ABREVIATURAS

cm – Centímetro.

g – Grama

≥ – Maior ou igual.

mg – Miligramas

mmHg – Milímetros de mercúrio

% – Percentagem

SIGLAS

AO – Assistentes Operacionais.

AVC – Acidente Vascular Cerebral.

DGS – Direção-Geral da Saúde.

DPOC – Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva.

HTA – Hipertensão Arterial.

IMC – Índice de Massa Corporal.

INS – Inquérito Nacional de Saúde.

MPL – Modelo da Promoção da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNS – Plano Nacional de Saúde.

PNSOC – Programa Nacional de Saúde Ocupacional.

QACS – Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde.

RML – Região Metropolitana de Lisboa.

UE – União Europeia.

WHO – World Health Organization.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
1.1. Determinantes da saúde	13
1.2. Estilo de vida saudável e prevenção de doenças crónicas não transmissíveis	14
2. REFERÊNCIAL TEÓRICO: MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER	19
3. METODOLOGIA DO PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE	20
3.1. Diagnóstico da situação de saúde.....	20
3.1.1. Procedimentos éticos	21
3.1.2. Metodologia usada na recolha de informação.....	22
3.1.3. Resultados do diagnóstico de situação de saúde.....	24
3.2. Diagnóstico de enfermagem	30
3.3. Priorização de problemas	31
3.4. Fixação de objetivos	32
3.5. Seleção de estratégias.....	33
3.6. Preparação operacional.....	35
3.7. Avaliação e contributos do projeto	36
4. SÍNTESE CONCLUSIVA	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45

ANEXOS

Anexo I – Modelo de Promoção da Saúde de Pender (1987) adaptado de Victor, Lopes e Ximenes (2005, p. 237)

Anexo II – Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

APÊNDICES

Apêndice I – Consentimento informado para a participação no estudo “Promoção de Estilos de Vida Saudáveis nos AO de um hospital da RML”

Apêndice II – Autorização para o uso do Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

Apêndice III – Questionário aplicado aos AO

Apêndice IV – Entrevista realizada aos AO

Apêndice V – Apresentação dos resultados provenientes do questionário aplicado aos AO para o diagnóstico da saúde

Apêndice VI – Apresentação dos resultados provenientes da consulta de enfermagem em saúde ocupacional – dados antropomórficos e TA

Apêndice VII – Apresentação dos resultados provenientes das entrevista realizadas aos AO para o diagnóstico da saúde

Apêndice VIII – Priorização de problemas: método de Hanlon

Apêndice IX – Cartaz – Projeto de Intervenção laboral

Apêndice X – Planificação das sessões de educação para a saúde em grupo sobre a prática de exercício físico

Apêndice XI – Planificação das entrevistas motivacionais individuais sobre a cessação tabágica

Apêndice XII – Folheto – Deixar de fuma

Apêndice XIII – Questionários de avaliação das sessões de educação para a saúde

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Avaliação dos indicadores de resultado

Quadro 2 – Avaliação dos indicadores de adesão

Quadro 3 – Avaliação dos indicadores atividade

INTRODUÇÃO

Este relatório descreve sucintamente as atividades desenvolvidas no estágio que integra a programação curricular do terceiro semestre do quinto Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, ano letivo 2013 / 2015, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O estágio decorreu de setembro de 2014 a fevereiro de 2015 no serviço de saúde ocupacional de um hospital da região metropolitana de Lisboa e pretendeu capacitar o mestrando para desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde comunitária descritas no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública da Ordem dos Enfermeiros (2010).

A saúde ocupacional apresenta-se hoje como um conceito mais englobante que a saúde no trabalho que contempla “a prevenção dos riscos profissionais e a promoção de saúde nos trabalhadores” (Direção-Geral da Saúde, 2013c, p. 5). Recorre a profissionais especializados que atuam interdisciplinarmente no sentido de não só observarem as condições de higiene segurança no trabalho mas também intervirem em outras áreas de promoção de saúde como cessação do tabagismo, programas de alimentação saudável e / ou exercício físico, assim como, prevenção e diminuição do abuso de drogas e álcool (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

O Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) chama atenção para o fato de até à data, se ter dado pouca importância aos determinantes de saúde, em que a perspetiva salutogénica da promoção de saúde tem sido amplamente descurada (Direção-Geral da Saúde, 2013c).

A fragilidade económica do país despoletou uma série de consequências sociais como a insegurança no posto de trabalho, o desemprego associado às reduções dos vencimentos e apoios sociais para os desempregados, também as reestruturações e aumento da carga horária e de trabalho efetivo contribuíram para a desmotivação dos trabalhadores a que se associou um declínio da saúde, levando a quadros de ansiedade constante e depressões (Direção-Geral da Saúde, 2013c).

Os determinantes sociais influenciam os estilos de vida e condicionam as opções pessoais podendo levar a um aumento do consumo de tabaco, de álcool, de substâncias psicoativas, bem como, o aumento de comportamentos aditivos, de dietas alimentares pouco saudáveis e do sedentarismo, motivado sobretudo pela redução de atividades desportivas, culturais e de lazer (Direção-Geral da Saúde, 2013c).

A importância do enfermeiro em saúde ocupacional é tal que, muitas vezes ele é o “primeiro prestador de cuidados de saúde com que um indivíduo tem contato quando tem um problema de saúde relacionado com o trabalho, consequentemente os enfermeiros estão em posição chave para intervir junto das populações trabalhadoras nos três níveis de prevenção” (Ossler, Stanhope, & Lancaster, 1999, p. 1009).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, no âmbito da saúde ocupacional aprofunda mais o nível de cuidados prestados, onde dirige projetos de saúde em que o alvo de intervenção são grupos que, estão a vivenciar “processos de saúde / doença, processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 4).

O estágio foi delineado de acordo com o proposto no PNSOC 2º Ciclo 2013 / 2017 no seu objetivo específico - Promoção da saúde & práticas de trabalhos e estilos de vida saudáveis. Neste, é definida a promoção de saúde no local de trabalho como um compromisso entre os empregadores, os trabalhadores e a sociedade no seu geral. Deste esforço comum entre estes três intervenientes sairá reforçado o sentimento de bem-estar, segurança, motivação e saúde (Direção-Geral da Saúde, 2013c).

Este projeto foi desenvolvido com a metodologia do processo de planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1986). Após identificados os principais problemas de saúde dos Assistentes Operacionais (AO) planeou-se intervenções para melhorar os estilos de vida através de estratégias de educação para a saúde e capacitação de acordo com o referencial teórico de Pender (1987).

Este relatório está estruturado em quatro capítulos. O primeiro capítulo tem contido a fundamentação teórica. O segundo capítulo retém o referencial teórico: modelo da promoção da saúde de Nola Pender. O terceiro capítulo abarca toda a metodologia do processo de planeamento em saúde. Por fim, o quarto capítulo, encerra o relatório com a síntese conclusiva.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A saúde das comunidades está condicionada por diferentes fatores, uns tem maior ou menor implicações outros podem ser mais facilmente modificados ou não. A estes fatores chamamos determinantes de saúde.

Neste projeto iremos focar a influência dos estilos de vida na saúde num grupo de trabalhadores.

1.1. Determinantes da saúde

Os determinantes de saúde podem ser melhor compreendidos em termos de implicações e interações através do modelo de determinantes sociais da saúde de Dahlgren e Whitehead (Whitehead, Dahlgren, & Gilson, 2001). Os autores propõem um modelo em camadas, em que o núcleo central é representado pelas características pessoais. Segue-se a primeira camada que reflete os comportamentos e os estilos de vida. A segunda traduz os apoios comunitários disponíveis. A terceira explicita as condições de trabalho e de vida em que o indivíduo se encontra a vários níveis (exemplo: desemprego, acesso ao serviço de saúde, educação). A última camada refere-se aos fatores mais externos ao indivíduo, como os aspetos socioeconómicos, a cultura e o meio ambiente (Direção-Geral da Saúde, 2010a).

Estilo de vida é uma forma de vida baseada em padrões identificáveis de comportamento que são determinados pela interação entre as características pessoais dos indivíduos assim como as interações sociais e as condições de vida socioeconómicas e ambientais. Estilos de vida dos indivíduos caracterizam-se por padrões de comportamento identificáveis, e estes podem ter um efeito profundo sobre a sua saúde e sobre a saúde dos outros. Fatores como a cultura onde se inserem os indivíduos, os rendimentos financeiros, a estrutura familiar, a idade, a capacidade física, a casa, o trabalho e o ambiente condicionam de certa forma os estilos de vida (World Health Organization, 1998).

Um estilo de vida saudável inclui atitudes preventivas, como a nutrição adequada, o controle do peso, a recreação, o exercício físico regular, o evitar ou excluir o consumo de substâncias nocivas ao organismo associados à pró-atividade da vigilância de saúde. Os comportamentos saudáveis manifestam-se na adoção de um estilo de vida saudável que se expressa na qualidade de vida.

A qualidade de vida é definida como a percepção que os indivíduos têm da sua posição na vida, dentro de um contexto em que vivem regido por um sistema cultural e de valores tendo em conta o seus objetivos, expectativas, padrões atuação e preocupações. É um conceito vasto de amplo alcance, que incorpora de forma complexa a saúde física e psicológica, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e os relacionamentos com o meio ambiente (World Health Organization, 1998).

1.2. Estilo de vida saudável e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis

Sabemos que “(...) muitas doenças crônicas são influenciadas por fatores de risco comuns, como o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, uma má alimentação e a falta de exercício físico. Essas doenças podem ser muitas vezes evitadas mudando de estilo de vida” (União Europeia, 2014, p. 10).

A Organização Mundial de Saúde referiu que em 2009, 13% de todas as mortes a nível mundial foram devido à hipertensão arterial (HTA) e a doença passa a ser considerada de grande importância para a saúde pública mundial. A HTA provoca 22% dos enfartes cardíacos na Europa Ocidental e 25% na Europa Central e Oriental (World Health Organization, 2013a).

A HTA “constitui um importante problema de saúde pública sendo a doença cardiovascular mais comum e o fator de risco quantitativamente mais influente no desenvolvimento da doença vascular cerebral e coronária e da insuficiência cardíaca” (Polónia, Ramalhinho, Martins, & Saavedra, 2006, p. 649).

As doenças cardiovasculares são uma das mais importantes causas de morte “(...) sendo responsáveis por 32% do total dos óbitos. Mais especificamente, em 2006, a mortalidade proporcional por doenças cérebro vasculares foi de 14%, por doença isquêmica cardíaca de 8 % e por outras doenças do aparelho circulatório 11%” (Direção-Geral da Saúde, 2013a, p. 4).

O consumo exagerado de sal está intimamente ligado ao desenvolvimento de hipertensão arterial e consequentemente com os riscos de acidente vascular cerebral (AVC) e, de doença cardíaca e doença renal. Estudos indicam que se retirarmos à dieta diária 5 g de sal por dia (aproximadamente 1 colher de chá) isso irá contribuir para a diminuição do risco de AVC em 23% assim como uma redução das taxas gerais de doença cardiovascular em 17%. O consumo de sal diário *per capita* na região europeia é de cerca de 8-11 g, o que é manifestamente elevado (World Health Organization, 2013b).

Em relação ao consumo de cafeína, seja em café, chá ou bebidas estimulantes, até 300mg / dia não oferece aparentemente riscos para a saúde (aproximadamente três chávenas de café). No entanto, quantidades elevadas de cafeína associadas a estilos de vida pouco saudáveis podem contribuir para a instalação HTA (European Food Information Council, 2007).

O consumo excessivo de álcool na União Europeia provoca cerca de 195000 mortes por ano, sendo a terceira causa de morte prematura e de doença logo a seguir ao tabagismo e à hipertensão (União Europeia, 2014). O Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010 – 2012 alerta para o fato de a ingestão constante de bebidas alcoólicas nomeadamente em número superior a 2 a 3 bebidas / dia para o homem e 1 a 2 bebidas / dia para a mulher, aumentar a possibilidade de vir a desenvolver diversas doenças, entre as quais se afiguram as doenças do aparelho digestivo e cardiovascular, doenças neurológicas, neoplasias digestivas e da mama e ainda distúrbios psiquiátricos (Direção-Geral da Saúde, 2009).

As doenças oncológicas são as principais “(...) causas de morte antes dos 70 anos de idade (isto é a principal causa de morte prematura) e, no conjunto das causas de mortalidade em todas as idades, ocupa o segundo lugar depois das doenças cerebrovasculares” (Direção-Geral da Saúde, 2012a, p. 1).

A prevalência da diabetes em Portugal em 2010 “atingiu 12,4% da população compreendida entre os 20 e 79 anos (991.000 indivíduos). Em 7% dos indivíduos estava já diagnosticada e em 5,4% não estava diagnosticada” (Direção-Geral da Saúde, 2012b, p. 2).

A obesidade define-se como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde. O excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia despendida. Os fatores que determinam este desequilíbrio são complexos e incluem fatores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais (World Health Organization, 2014a).

O diagnóstico de pré-obesidade e de obesidade é feito através do cálculo do índice de massa corporal (IMC). Considera-se que há excesso de peso quando IMC é ≥ 25 e que há obesidade quando o IMC é ≥ 30 . No entanto, em certos casos, nomeadamente em atletas e em indivíduos com edemas e com ascite, o IMC não é uma determinação fiável da obesidade, pois não permite distinguir a causa do excesso de peso (World Health Organization, 2014b).

O indicador de risco metabólico permite relacionar a gordura abdominal em excesso com o risco de desenvolvimento de doenças associadas como a diabetes, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares. Assim, para os homens, perímetros abdominais ≥ 94 centímetros correspondem a risco aumentado, no caso de o perímetro abdominal ser ≥ 102 centímetros o risco é muito aumentado. Para as mulheres, perímetros abdominais ≥ 80 centímetros correspondem a risco aumentado, no caso de o perímetro abdominal ser ≥ 88 centímetros o risco é muito aumentado (Direção-Geral da Saúde, 2014).

Analisando o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, concluímos que a percentagem de jovens dos 18 aos 24 anos com excesso de peso evoluiu desfavoravelmente em Portugal continental, afastando-se assim das metas previstas para 2010, 5,0% para os rapazes e 3,5% para as raparigas. O aumento relativo foi ainda mais marcado para os jovens do sexo masculino, 42,4%, correspondendo a um aumento de 6,6% para 9,4% do que para as jovens que foi de 33,3%, aumentando de 4,5% para os 6,0%. No que respeita à obesidade, na mesma faixa etária, a

percentagem também aumentou, tanto no sexo feminino como no sexo masculino (Direção-Geral da Saúde, 2010b).

Segundo o programa da vida adulta produtiva, a percentagem de população dos 35 aos 44 anos com excesso de peso evoluiu favoravelmente em Portugal continental, aproximando-se aqui das metas previstas para 2010, 17% para os homens e 12% para as mulheres. O decréscimo foi de 22,1% para os 19,8% nos homens e de 16,3% para os 14,4% nas mulheres. A percentagem de população dos 55 aos 64 anos com excesso de peso manteve-se num valor próximo dos 25,5% para o sexo masculino, mas aumentou de 22,1% para os 25,3% para o sexo feminino. Estes valores estão acima das metas previstas para 2010, que eram 20% para os homens e 17% para as mulheres (Direção-Geral da Saúde, 2010b).

A obesidade é consequência de um consumo exagerado de alimentos ricos em açúcares e gorduras. O programa nacional para a promoção da alimentação saudável ressalva que para inverter esta situação é necessário “disponibilizar alimentos promotores da saúde e bem-estar a toda a população, ser capaz de criar cidadãos capazes de tomar decisões informadas acerca dos alimentos e práticas culinárias saudáveis” (Direção-Geral da Saúde, 2012d, p. 3).

O exercício físico não só combate como previne a obesidade invertendo as suas consequências. Os indivíduos que praticam exercício físico moderado pelo menos uma vez durante a semana por um período de duas horas e trinta minutos têm menor o risco de desenvolver: doença isquémica do coração em cerca de 30%, de desenvolver diabetes em 27%, de desenvolver cancro da mama e cancro do cólon em 21-25%. A atividade física também reduz o risco de acidente vascular cerebral, hipertensão arterial e depressão (World Health Organization, 2008).

Em relação às doenças respiratórias em Portugal, estas são predominantemente responsáveis por uma grande mortalidade e morbilidade com tendência a aumentar. Assim “as doenças respiratórias crónicas atingem cerca de 40% da população portuguesa, calculando-se uma prevalência de 10% por asma, de 25% para rinite e 14,2 para a doença DPCO em pessoas com mais de 40 anos” (Direção-Geral da Saúde, 2012c, p. 2).

O consumo de tabaco é a principal causa de mortalidade evitável na União Europeia, causando cerca de 700000 mortes por ano. No entanto, um terço da população europeia fuma regularmente (União Europeia, 2013, p. 10). Em Portugal, para uma população residente no continente (com 15 ou mais anos de idade), “o último Inquérito Nacional de Saúde (INS) revelou uma prevalência de fumadores, diários e ocasionais (...) de 20,9%, 30,9% no sexo masculino e 11,8% no sexo feminino. Os ex-fumadores corresponderam a 16,1% da mesma população” (Direção-Geral da Saúde, 2013b, p. 2).

Este capítulo descreveu sucintamente os principais fatores de risco ligados aos estilos de vida, assim como as principais fatores que levam à morbi-mortalidade em Portugal.

2. REFERÊNCIAL TEÓRICO: MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

Para conceitualizar a abordagem dos estilos de vida nos Assistentes Operacionais (AO) foi selecionado o modelo de Pender (1987). A autora considera que os indivíduos têm um papel preponderante nas escolhas que fazem. Diariamente as pessoas tomam decisões que influenciam os seus estilos de vida. Uma das virtudes deste modelo é na opinião de Sakrinda (2002, p. 706) explicar a “natureza multifacetada das pessoas que interagem com o ambiente enquanto procuram saúde. Ao contrário de modelos orientados para o ato de evitar, que se baseia no medo ou na ameaça à saúde enquanto motivação para o comportamento de saúde”. Como referem Victor, Lopes e Ximenes (2005, p. 237) o modelo orienta para “implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção de saúde”.

O Modelo de Promoção da Saúde (MPS) têm por base a Teoria da Aprendizagem Social e o Modelo de Avaliar Expectativas, ambos provenientes da psicologia. O MPS (Anexo I) é fundamentalmente um modelo de Enfermagem, usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, que permite avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter-relação de três pontos principais: 1. as características e experiências individuais, 2. os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e 3. o comportamento de promoção de saúde desejável” (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005, p. 237).

3. METODOLOGIA DO PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento seja em que área for, é um processo elaborado por etapas que facilitam a implementação de um projeto e a obtenção de ganhos na população. Na área da saúde os determinantes da saúde (fatores biológicos, meio ambiente, estilos de vida e sistema de cuidados) condicionam a forma de planeamento da saúde. Este estrutura-se por etapas e tem como objetivo último atingir ganhos em saúde. Portanto, “o planeamento não é só uma forma de diminuir a angústia do futuro, mas de melhorar o futuro segundo os nossos desejos, em moldes de justiça e eficiência” (Imperatori & Giraldes, 1986, p. 21).

3.1. Diagnóstico da situação de saúde

O diagnóstico da situação de saúde é a primeira fase do processo de planeamento em saúde e tem como objetivo conseguir “ser suficientemente alargado aos setores económicos e sociais, por forma a permitir identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes, suficientemente aprofundado para explicar as causas desses problemas e, fundamentalmente, sucinto e claro para ser facilmente lido” (Imperatori & Giraldes, 1986, p. 28).

No diagnóstico da situação de saúde pretendemos conhecer as necessidades de saúde da população alvo, em matéria de adoção de estilos de vida mais saudáveis. Para tal, identificamos os problemas de saúde onde é possível intervir tendo em conta o contexto e os recursos disponíveis.

Este projeto de estágio foi desenvolvido num hospital da RML sendo integrado no plano de atividades do Serviço de Saúde Ocupacional. A população alvo foram todos os AO que exerciam a sua atividade nos vários serviços do referido hospital.

O Serviço de Saúde Ocupacional tem como missão desenvolver uma cultura de segurança positiva, promovendo a melhoria contínua das condições de trabalho,

segurança e saúde dos trabalhadores, de modo a assegurar a integridade física e mental de todos.

3.1.1. Procedimentos éticos

Os enfermeiros têm o dever de proteger, respeitar e promover sempre de forma ativa os direitos à saúde dos indivíduos em qualquer lugar. Para isso, têm de garantir que os cuidados prestados estão de acordo com os recursos disponíveis e de acordo com a ética em enfermagem. Assim, os enfermeiros têm como especial tarefa assegurar que os indivíduos recebam uma informação adequada. Esta deverá ser corretamente transmitida numa linguagem compreensível antes de o indivíduo consentir qualquer tipo de tratamentos ou procedimentos, incluindo-se nisto a participação em pesquisas de investigação (International Council of Nurses, 2011).

Para a colheita de informação foi pedida autorização ao Sr. Presidente do Conselho Diretivo do Centro Hospitalar que deferiu a pretensão de recolha de dados nos dois hospitais que compõem o Centro Hospitalar com base na apreciação positiva dada pela comissão de ética para a saúde. Foi também solicitado autorização ao Chefe de Serviço de Cardiologia para realização do pré-teste que deferiu a pretensão.

Os AO confirmaram a sua presença no estudo assinando um termo de consentimento informado que refletia os princípios éticos acima descritos salvaguardando os seus direitos, inclusivamente a possibilidade de desistência, sem que daí adviesse qualquer consequência para si (apêndice I).

Em relação à escala QACS que está inserida no instrumento de colheita de dados, especificamente no questionário a aplicar aos AO, esta foi desenvolvida por Ribeiro (2004) a que designou de “Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção da saúde e com a prevenção das doenças” (Ribeiro, 2004). Foi solicitado via correio eletrónico o pedido de autorização ao SR Professor Doutor José Ribeiro, para o uso e aplicação da referida escala neste projeto. O pedido foi deferido através da mesma via, (apêndice II).

3.1.2. Metodologia usada na recolha de informação

Foram utilizados diferentes instrumentos de recolha de informação, em diferentes momentos, tendo por referência os pressupostos do modelo de Pender (1987). O primeiro instrumento foi um questionário realizado entre os dias oito e vinte quatro de novembro de 2014, em que foi estabelecido como critérios de inclusão todos os AO que estavam a desenvolver a sua atividade laboral no referido período. Como critérios de exclusão impedidos de participar (um) AO em licença sem vencimento, (um) em baixa médica prolongada, (dois) rescindiram contrato com entidade patronal estado e (dois) aposentados.

O questionário (apêndice III) composto foi duas partes. Na primeira as questões 1,2,3,4 e 5 visavam conhecer os aspetos sociodemográficos dos AO descritos por Pender (1987) como fatores pessoais.

A questão 6 visava conhecer o que o modelo de Pender (1987) designa de comportamentos anteriores relacionados. Este traduz as escolhas que os AO fazem durante a sua vida através da aplicação do Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS), (anexo II) O QACS é uma escala inicialmente designada por *Lifestyle Assessment Questionnaire*, criada por Bill Hettler (médico norte-americano) na Universidade de Winconsin-Stevens Point para implementar um programa para melhorar o estilo de vida dos estudantes da Universidade (Ribeiro, 2004). Esta escala tem 28 itens, distribuídos por cinco categorias. A resposta a cada um dos itens é dada numa escala ascendente de cinco posições tipo Likert, que variam entre o “quase nunca”(1) e o “quase sempre”(5), “a nota de comportamentos protetores de saúde variará entre 28 e 140” (Ribeiro, 2004 p. 390). As categorias definidas são 5: Exercício físico (3 itens); Nutrição (5 itens); Autocuidado (11 itens); Segurança motorizada (3 itens); Uso de drogas ou similares (6 itens).

A segunda parte do questionário foi composta pela questão 7 em que se pretendia conhecer as crenças dos AO. Pender (1987) refere-se a esta afetação do comportamento como sendo os obstáculos subjetivos que os indivíduos consideram impeditivo para atingir um comportamento desejado.

A questão 8 pretendia conhecer os benefícios de ação percebidos dos AO, que segundo Pender (1987) traduzem a percepção que os indivíduos tem no sentido de obtenção de benefícios se adotarem um determinado comportamento.

A questão 9 pretendia conhecer a autoeficácia percebida dos AO. Pender (1987) salienta esta como sendo a confiança que os indivíduos tem para alcançar os comportamentos saudáveis.

E por fim, a questão 10 pretendia conhecer a atividade relacionada com a apresentação dos AO. Para Pender (1987) este pressuposto reflete os sentimentos subjetivos positivos ou negativos que os indivíduos experimentam em que os sentimentos positivos aumentam a autoconfiança e os negativos atuam como contratempo para se atingir um comportamento saudável.

O questionário foi submetido a um pré-teste aplicado a dez por cento (10%) da população alvo, cinco (5) AO com as mesmas características no Serviço de Cardiologia do outro hospital do mesmo centro hospitalar no período de três a cinco de novembro de 2014. Da análise do pré-teste identificaram-se as seguintes necessidades de alteração do instrumento: colocar os cabeçalhos das perguntas em todas as folhas e não só na primeira. Na pergunta 9 houve necessidade de acrescentar o item “não se adequa a mim” para melhorar as possibilidades de escolha dos participantes.

Os questionários foram entregues aos SR enfermeiros chefes de enfermagem de cada serviço do hospital. Estes encarregaram-se de os distribuir pelos AO do seu Serviço e posteriormente recolheram-nos entregando-os ao autor do trabalho.

O segundo momento de recolha de informação, a entrevista (apêndice IV), decorreu na consulta de enfermagem de saúde ocupacional, realizada em gabinete no pavilhão do Serviço da Consulta Externa do hospital. Teve lugar no mesmo período de tempo que a aplicação do questionário e utilizou os mesmos critérios de inclusão e exclusão. Foi realizada individualmente aos quarenta AO e a convocatória para a consulta foi feita pessoalmente a cada AO

A consulta de enfermagem de saúde ocupacional decorreu em duas fases. A primeira destinada a avaliar os parâmetros antropomórficos (IMC e indicador de risco metabólico) e da tensão arterial dos AO. A segunda fase foi realizada uma entrevista

estruturada com cinco questões. As Pergunta 1, 2, 3 e 4 pretendiam identificar as barreiras percebidas à ação como refere Pender (1987) são os obstáculos subjetivos que os indivíduos definem como impedimento para atingir um comportamento desejado.

A pergunta 5 pretendia conhecer as influências situacionais e as influências interpessoais. Para Pender (1987) as influências situacionais tem a ver com a percepção de como os comportamentos de saúde adequados se podem encaixar no contexto de vida dos indivíduos, enquanto as influências interpessoais são as atitudes de outros indivíduos que influenciam de forma a adotar um comportamento adequado. Cada consulta ocupou em média um período de tempo na ordem dos quinze minutos.

3.1.3. Resultados do diagnóstico de situação de saúde

A informação recolhida nos questionário e na primeira parte da entrevista foram processados em termos de análise estatística através do programa informático Microsoft Excel versão 2013. As narrativas decorrentes da entrevista semiestruturada foi sujeita a análise de conteúdo, de acordo com Bardin (2009).

Para melhor compreensão dos dados recolhidos estes foram expressos em frequências absolutas e relativas (apêndice V).

Em relação à caracterização sócio demográfica (apêndice V, tabela 1), dos quarenta AO que compõe a população, 32 pertencem ao sexo feminino e 8 ao sexo masculino. As idades estão compreendidas entre os 41 e 66 anos, sendo a média de 55,5; o desvio padrão de 5,1 e a classe modal é [50-54] sendo a moda de 53.

Em termos de distribuição de horário, 52,5% em regime de trabalho fixo de manhãs e 47,5% em regime de trabalho por turnos. Em relação às habilitações dos AO, 25% possuem o 1º ciclo de ensino, 30% o 2º ciclo de ensino, 30% o 3º ciclo de ensino e 15% o ensino secundário.

Em relação ao número de anos de trabalho no hospital a média é de 26,3 com moda situada no intervalo [30-34] que corresponde a 40% do total de AO inquiridos.

No que se refere, aos comportamentos anteriores relacionados com a saúde (apêndice V, tabela 2), com o empenhamento dos AO em manter a boa condição física verificou-se que, em relação à prática de exercício físico intenso durante pelo menos vinte minutos por dia e com uma frequência de duas ou mais vezes por semana responderam, “quase nunca” (55%) e “ocasionalmente” (22,5%). Quanto ao fato de andarem a pé ou de bicicleta diariamente as respostas com mais percentagem de escolha foram “quase nunca” (32,5%) e “ocasionalmente” (10%). No que se refere à prática de desporto em que há sudação envolvida com uma frequência de pelo menos duas vezes por semana, as respostas mais escolhidas foram “quase nunca” (65%) e “ocasionalmente” (25%).

Relativamente aos aspetos nutricionais no que se reporta às escolhas alimentares verificou-se quanto ao fato de terem cuidado com o que comem de modo a manter o peso recomendado para a altura, a resposta mais escolhida foi “quase sempre” (37,5%) seguida de “com muita frequência” (22,5%). Relativamente ao cuidado a ter com o que comem de modo a reduzir a ingestão de sal, a resposta mais selecionada foi “quase sempre” (35%) seguida de “com muita frequência” (30%). Na mesma linha, os AO referem planificar a sua dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes “quase sempre” (32,5%) e “com muita frequência” (20%). Quanto ao evitar de ingerir alimentos com gorduras a resposta mais mencionada foi “quase sempre” (42,5%) e “com muita frequência” (20%). No que diz respeito ao evitar de ingerir alimentos feitos à base de açúcares a resposta mais prevalente foi “quase sempre” (32,5%), seguiu-se “muitas vezes” (17,5%), “quase nunca” (15%) e “ocasionalmente” (15%).

Em relação aos comportamentos dos AO que facilitam a prevenção ou deteção precoce de doenças verificou-se que, os AO referiram dormir o número de horas suficientes para se sentir repousados “quase sempre” (30%) opção mais assinalada, seguindo-se “ocasionalmente” (22,5%) e “quase nunca” (10%). Em termos da atualização da vacinação de acordo com o Plano Nacional de Vacinação, a resposta efetivamente mais referenciada foi “quase sempre” (77,5%). Em termos da verificação anual da tensão arterial a resposta que mais sobressai foi “quase sempre” (57%). No

que se refere à vigilância anual para verificação do estado dos dentes no dentista, a resposta que aparece mais destacada foi “quase sempre” (30%), no entanto, “quase nunca” (25%) e “ocasionalmente” (22,5%) sujeem logo a seguir. No mesmo sentido, a verificação anual do *check-up* no médico encontra “quase sempre” (35%) como o item com mais realce, da mesma forma, “ocasionalmente” (32,5%) e “quase nunca” (15%) e aparecem a seguir. Com relação ao evitar de estar em ambientes saturados de fumo de tabaco a resposta que sobressai foi “quase sempre” (57,5%) seguida de “quase nunca” (22,5%). Em relação à permanência em ambientes muito ruidosos, os AO optam por evitar os mesmos “quase sempre” (57%) das vezes. Quanto ao evitar a exposição a ambientes com ar poluído as resposta mais frequentes foram “quase sempre” (42,5%) e “com muita frequência” (22,5%). No que se refere a evitar de mudar de parceiro sexual sobressai a resposta “quase sempre” (77,5%). Na mesma linha de resposta, evitar ter relações sexuais com pessoas que mal conhece a resposta predominante foi “quase sempre” (82,5%). Em relação à prevenção das doenças sexuais transmissíveis, (87,5%) responderam evitar ter relações sexuais sem tomarem precauções.

Em relação à capacidade dos AO de minimizar as probabilidades de lesões ou morte em acidentes com veículos verificou-se que, quando bebem bebidas alcoólicas demais não conduzem ou não viajam com um condutor que bebeu demais em “quase sempre” (47,5%) das situações, a segunda resposta mais referida foi “quase nunca” (40%). Relativamente à condução praticada ou em viagem nalgum veículo, os inquiridos preferencialmente mantem-se dentro dos limites de velocidade recomendados, sobressai a resposta “quase sempre” (77,5%) dos casos. Quanto ao uso do cinto de segurança (90%) selecionam a opção “quase sempre”.

Em relação à capacidade dos AO funcionar sem necessidade de substâncias químicas verificou-se que, no que diz respeito ao consumo de mais de duas bebidas alcoólicas por dia evidencia-se as respostas “quase nunca” (57,5%) seguida da resposta “quase sempre” (27,5%) e “com muita frequência” (7,5%), por fim “ocasionalmente” (7,5%). Relativamente ao evitar de fumar a resposta mais veiculada foi “quase sempre” (50%) seguiu-se as respostas, “quase nunca” (35%) e “ocasionalmente” (10%). Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evitam tomar bebidas como café, chá ou coca-cola “quase sempre” (37,5%) das vezes

seguindo-se a opção “quase nunca” (25%). Quanto ao evitar de tomar medicamentos estimulantes (60%) responderam “quase sempre” seguindo-se (20%) “quase nunca”. Em relação ao fato de evitarem de tomar tranquilizantes após terminarem o turno da noite, “quase sempre” (57,5%) referem fazê-lo, seguindo-se a resposta “quase nunca” (22,5%).

Relativamente às crenças, dos AO (apêndice V, tabela 3), 60% não consideraram necessário alterar os seus hábitos de vida, enquanto 40% considerou necessário alterar e enunciaram os comportamentos a modificar: o consumo de tabaco (62,5% dos AO que responderam “Sim”). Como principais dificuldades verificou-se que: 44,5% manifestaram dependência da substância tabaco, 22,3% a falta de motivação, 22,3% relatam *stress* e a ansiedade e por fim, 11,2% a de depressão associado à descontinuação do consumo do tabaco. Outro comportamento a alterar prende-se com exercício físico (31,2% dos AO que responderam “Sim”) destacando-se como dificuldade em dois casos a “falta de tempo”. A alimentação, também é mencionada (12,5% dos AO que responderam “Sim”) encontra como dificuldades num caso a dificuldade em cozinhar de forma adequada para controlo da patologia da Diabetes Melitos e outro por “adorar comer”. Por fim, outro comportamento a alterar é a necessidade de dormir mais horas referido por 6,2% do AO.

No que concerne aos benefícios de ação percebidos (apêndice V, tabela 4), que são percepção que o AO tem no sentido da obtenção de um benefício se adotarem um determinado comportamento, 100% dos AO responderam “Sim” ao fato de ser um benefício para a saúde a adoção de uma alimentação equilibrada, o manter a prática regular de exercício físico e fazer vigilância de saúde regular. No que toca ao benefício para a saúde não usar substâncias aditivas, 97,5% responderam afirmativamente e 2,5% consideraram que necessitam destas.

No que diz respeito à auto eficiência percebida (apêndice V, tabela 5), que traduz-se na confiança que os AO têm para alcançar os comportamentos saudáveis verificou-se que em relação à pretensão em iniciarem exercício físico moderado como por exemplo caminhadas durante 45 minutos por dia, durante cinco dias por semana, um predomínio no item “extremamente confiante” (20%) logo seguida por “muito confiante” (17,5%). No que diz respeito à aspiração em planificar a dieta de modo a

que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes de forma a manter o peso recomendado para a altura, selecionaram como resposta mais escolhida “extremamente confiante” (35%) e “muito confiante” (27%). Quanto à vigilância de saúde anual e fazer um *check-up* bem como ir ao dentista verificar o estado dos dentes, a resposta mais sinalizada foi “muito confiante” (35%), logo procedida de “extremamente confiante” (25%). Relativamente ao pressuposto de se evitar de conduzir se tiver ingerido bebidas alcoólicas ou viajar com um condutor que se saiba que ingeriu bebidas alcoólicas, a opinião mais veiculada foi no sentido de “extremamente confiante” (75%). Em relação ao desejo de evitar ou deixar de fumar, as respostas mais mencionadas foram “extremamente confiante” (42,5%), seguindo-se “nada confiante” (17,5%). No concerne ao propósito de não se beber por dia mais que duas bebidas alcoólicas às refeições, a resposta mais referenciada foi “extremamente confiante” (57,5%). Quanto ao evitar a automedicação nomeadamente tranquilizantes ou estimulantes as respostas foram “extremamente confiante” (57,5%) e “muito confiante” (22,5%).

No que se refere à atividade relacionada com a apresentação (apêndice V, tabela 6), que se traduz por sentimentos subjetivos positivos ou negativos experimentados pelos AO verificou-se que, no que diz respeito aos benefícios para a saúde estes são geralmente obtidos através de pelo menos de 30 minutos de atividade física cumulativa moderada, todos os dias, as opções com maior consenso foram “não faço, mas pretendo iniciar nos próximos seis meses” (30%) logo seguida de “Sim, faço há mais de 6 meses” (27,5%). Relativamente aos hábitos alimentares onde se privilegia os alimentos como o peixe, os vegetais, a fruta e os lacticínios na dieta e evitando-se o consumo de carnes vermelhas, obteve com maior acordo as respostas “Sim, faço há mais de seis meses” (62,5%) seguindo-se “não faço, mas pretendo iniciar nos próximos 30 dias” (17,5%). Quanto à vigilância de saúde, se for feita anualmente esta permitirá despistar e ao mesmo tempo evitar a instalação de doenças e proporcionar ganhos para a saúde em geral, as respostas que recolheram maior anuência foram “Sim, faço há mais de seis meses” (55%) procedida da resposta “Não faço, mas pretendo iniciar nos próximos 6 meses” (17,5%). Em relação à condução de veículos não dever ser feita sob efeito do álcool, as opiniões mais referenciadas foram “Sim, faço há mais de 6 meses” (55%) e “Não faço e não pretendo iniciar nos próximos 6 meses” (37,5%). No que se refere à abstinência do consumo de tabaco

diminuir grandemente a probabilidade de desenvolvimento de doenças oncológicas, as respostas com maior expressão foram “Sim, faço há mais de 6 meses” (60%) imediatamente a seguir “Não faço e não pretendo iniciar nos próximos 6 meses” (37,5%). No que diz respeito à ingestão moderada de bebidas alcoólicas às duas principais refeições diminuir a possibilidade de se vir a desenvolver diversas doenças graves, as respostas mais nomeadas foram “Sim, faço há mais de 6 meses” (60%) e “Não faço e não pretendo iniciar nos 6 meses” (20%). Quanto ao consumo de medicamentos, este só dever ocorrer se recomendado por um médico, a resposta mais escolhida foi “Sim, faço há mais de 6 meses” (82,5%).

Quanto aos dados antropomórficos a média do IMC dos AO é 27,8 (equivalente a excesso de peso) sendo que a moda é de 26,4 e o desvio padrão é de 3. Em relação ao perímetro abdominal a média masculina é 105,8 cm (equivalente a risco muito aumentado), a moda é de 100 cm e o desvio padrão é de 9,4. No que se refere ao perímetro abdominal feminino a média é de 98,2 cm (equivalente a risco aumentado), a moda é de 96 cm e o desvio padrão é de 4,9. Em relação à tensão arterial a média da tensão arterial sistólica é de 135,3 mmHg, a moda é de 112 mmHg e o desvio padrão é de 17,6. No que diz respeito à tensão arterial diastólica a média é de 72,9 mmHg, a moda é de 84 mmHg e o desvio padrão é de 12,2 (apêndice VI).

A informação obtida através da entrevista foi sujeita a análise de conteúdo segundo Bardin (2009) elaborando-se duas categorias: a primeira relativa aos fatores cognitivos-preceptivos e a segunda relativa aos fatores modificadores. A primeira inclui as subcategorias: tempos livres, refeições diárias, tipos de alimentos escolhidos e alimentação fracionada. A segunda reporta-se às subcategorias: alteração de hábitos de vida / comportamentos e auxílio na mudança.

Quanto à categoria onde estão presentes os fatores cognitivos-preceptivos, na subcategoria tempos livres verificou-se que, 27,5% não dispõe de tempos livres e 72,5% dispõe, ocupando-os da seguinte forma: atividades manuais recreativas (7,69%), atividades culturais (33,33%), atividades físicas recreativas (12,82%), atividades de relações sociais (41,02%) e ficar em casa sem realizar nenhuma atividade (5,12%). Em relação à subcategoria refeições diárias, 2,5% dos AO não conhece a roda dos alimentos e 97,5% conhece; 30% demonstram conhecimentos adequados e põe-nos em prática em relação há proporções recomendadas na roda

dos alimentos para as refeições diárias. Em contraste 70% não demonstra conhecimentos adequados ou não os põe em prática. Relativamente à subcategoria tipo de alimentos escolhidos 100% dos AO refere preferência por alimentos frescos. No que diz respeito à subcategoria alimentação fracionada, 17,5% dos AO fazem uma alimentação fracionada com cinco ou mais refeições por dia. No sentido inverso, 82,5% dos AO fazem uma alimentação pouco fracionada, com quatro ou menos refeições dia. Quanto à categoria onde estão presentes os fatores modificadores subcategoria alteração de hábitos de vida / comportamentos e auxílio na mudança verificou-se que, 27,5% não pretende alterar os seus hábitos de vida / comportamentos enquanto, 72,5% pretende e designa o seu foco para os hábitos alimentares (21,1%), para os hábitos de sedentarismo (57,5%), para os hábitos tabágicos (18,1%), para os hábitos de vigilância de saúde (3%). Como adjuvantes para a mudança e com mais percentagem de respostas aparece a família (40,6%), os amigos (15,6%), os colegas (9,3%), os técnicos de saúde (3,1%), o "eu próprio" (12,5%) e não sei (18,7%), (apêndice VII).

3.2. Diagnóstico de enfermagem

Após apresentação do resultado proveniente dos instrumentos de recolha de informação identificaram-se os seguintes problemas:

- 50% dos AO consumiam tabaco.
- 47,5% dos AO tinham um défice na prática de exercício físico.
- 70% dos AO tinham défice de motivação para realizar escolhas alimentares saudáveis.

Enuncia-se os diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE versão 2, 2011) do seguinte modo:

- 47,5% dos AO (cliente) apresentam diminuída (juízo) a prática de fazer exercício (foco),
- 50% dos AO (cliente) apresentam atual (juízo) abuso do tabaco (foco),

- 70% dos AO (cliente) apresentam diminuída (juízo) iniciativa (foco) para realizarem escolhas alimentares saudáveis.

3.3. Priorização de problemas

A definição de prioridades é a etapa da metodologia do planeamento da saúde que decorre do que foi apurado no diagnóstico de saúde em termos de identificação de problemas de saúde. Para hierarquizar os problemas detetados é necessário utilizar critérios que permitam ordenar as prioridades (Imperatori & Giraldes, 1986).

A escolha para a priorização dos problemas de enfermagem recaiu sobre o método de Hanlon. Neste a priorização é feita através quatro critérios sendo: amplitude ou magnitude do problema (A), gravidade do problema (B), eficácia da solução (C) e exequibilidade (D) (Tavares, 1990).

A classificação dos problemas é feita através de uma fórmula que é aplicada individualmente a cada diagnóstico. O valor da prioridade resulta diretamente da fórmula, nesta as letras correspondem aos critérios: $(A+B) C \times D$, (Tavares, 1990).

A priorização foi realizada e validada com ajuda de peritos na área, o Sr. enfermeiro orientador de estágio do Serviço de Saúde Ocupacional especialista em saúde pública, a Sr.^a Dr.^a responsável do Serviço de Saúde Ocupacional médica do trabalho e o encarregado geral dos AO no hospital (apêndice VIII), sendo esta a ordem: abuso do tabaco e défice da prática de exercício físico.

Em relação à problemática relacionada com o défice de motivação dos AO para realizar escolhas alimentares saudáveis, concluiu-se que esta temática não faz parte do plano de atividades delineado para este ano pelo Serviço de Saúde Ocupacional. Embora seja um tema importante e com muita expressão nos AO, já existe no momento uma oferta realizada pelo Serviço de Nutrição e Dietética do hospital que de uma forma regular promove *workshops* sobre o tema “culinária saudável” com a participação em aulas práticas de chefes de cozinha para os funcionários da Instituição.

3.4. Fixação de objetivos

Os objetivos operacionais propostos procuram espelhar os resultados pretendidos, sendo praticáveis de forma a reverter a tendência de evolução natural do problema em causa.

Como objetivos gerais propôs-se:

- Contribuir para a capacitação dos AO para praticarem exercício físico.
- Contribuir para capacitar os AO que pretendam modificar os seus hábitos de consumo de tabaco.

Como objetivo específico pretende-se:

- Contribuir para o aumento de conhecimentos sobre as vantagens do exercício físico em 47,5% dos AO
- Contribuir para a oferta de práticas de exercício físico em contexto laboral para 47,5% dos AO.
- Mobilizar recursos para implementar a prática de exercício físico em grupo através da ginástica laboral.
- Contribuir para o desenvolvimento da prática regular de exercício físico em 47,5% dos AO.
- Contribuir para o aumento de conhecimentos sobre as vantagens da cessação tabágica em 70% dos AO que consomem tabaco.
- Contribuir para a cessação tabágica dos AO consumidores de tabaco.
- Mobilizar recursos para implementar a cessação tabágica nos AO consumidores de tabaco.
- Encaminhar os AO que pretendam iniciar a cessação tabágica para a consulta de cessação tabágica do hospital.

3.5. Seleção de estratégias

Esta etapa, segundo Tavares (1990), é de vital importância porque é a partir dela que se cria o modo e o processo que se reveste de maior aptidão para responder aos problemas de saúde anteriormente priorizados, implica o uso de criatividade quanto à forma de abordagem dos problemas, antecipação de eventuais obstáculos, dando especial destaque à provável resistência determinada pela mudança na população, nas instituições e nos trabalhadores.

Para proceder a uma intervenção que contemple a mudança de comportamento dos AO é necessário criar um plano de ação que seja capaz através de modelos de intervenção fazer uma profunda mudança cognitiva.

Para que se consiga uma mudança é necessário realizar educação para saúde onde as pessoas são convidadas a aprender durante toda a sua vida e prepararem-se para lidar com lesões e doenças crónicas (World Health Organization, 1986).

No plano laboral a intervenção de enfermagem passa pela promoção da saúde que é um processo de capacitação dos trabalhadores para aumentar e melhorar o seu controlo sobre a sua saúde (World Health Organization, 1986).

Em relação ao défice de exercício físico a estratégia utilizada passou pelo envolvimento de vários recursos institucionais com a criação de um grupo de trabalho que analisou esta problemática criando-se o projeto, com o título “Começar hoje com boas escolhas para melhorar a saúde de amanhã: exercício físico”.

O grupo de trabalho foi constituído por elementos do Serviço de Saúde Ocupacional e o do Serviço de Fisioterapia. Este considerou estarem reunidas as condições necessárias para introduzir o conceito de ginástica laboral. A ginástica laboral é segundo Lima citado por Oliveira, (2007, p. 44) “a prática de exercícios, realizada coletivamente, durante a jornada de trabalho, prescrita de acordo com a função exercida pelo trabalhador, tendo como finalidade a prevenção de doenças ocupacionais, promovendo o bem-estar individual, por intermédio da consciência corporal”.

Propõe-se uma ginástica laboral compensatória defendida por Kolling citado por Oliveira (2007, p. 44) em que diz que “é necessário fortalecer os músculos mais fracos, ou seja, os menos usados durante a jornada de trabalho, além de alongar os mais solicitados, proporcionando, dessa forma, compensação dos músculos”.

As “lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho constituem um grave problema entre os funcionários hospitalares (...) as lesões dorso lombares e as lesões nos ombros constituem as principais preocupações, podendo ser ambas bastante debilitantes” (Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho, 2008, p. 1).

O grupo de trabalho considera que realizar exercício físico através do método Pilates é adequado à faixa etária dos AO envolvidos. Permite níveis de conforto e de privacidade aos participantes pois é realizado em espaço *in doors*. Por outro lado, o tipo de exercícios propostos através do método Pilates permite segundo a melhor evidência disponível prevenir ocorrências de lesões músculo-esqueléticas. No entanto, note-se que o principal objetivo é promover a adesão dos AO à prática de exercício físico como forma de prevenir, combater ou reduzir a obesidade.

A estratégia usada para intervir junto dos AO consumidores de tabaco passou pela criação de uma parceria entre o Serviço de Saúde Ocupacional e a consulta de cessação tabágica do hospital culminando no projeto “Começar hoje com boas escolhas para melhorar a saúde de amanhã: cessação tabágica”. Este projeto visava sensibilizar os AO consumidores de tabaco no sentido de cessarem esse hábito.

A abordagem junto dos AO consumidores de tabaco fez-se em entrevistas de motivação. Nesta recorreu-se ao modelo transteórico de mudança de Prochaska e DiClemente (1982) em que se considera que a mudança de comportamento é um processo no qual as pessoas estão sujeitos a diversos estágios de motivação para alcançarem a mudança. Foi avaliado os estágios de mudança em que os AO se encontravam (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação). Em bom rigor a intervenção neste caso teve como finalidade transmitir aos visados que na realidade são capazes de assumir o controlo dos seus hábitos e modifica-los pela sua vontade. Foram desenvolvidas estratégias de relação de ajuda, de capacitação para a cessação tabágica, de adesão. De acordo com o modelo transteórico de mudança as

recaídas podem ser frequentes se não houver uma correta manutenção onde se possam mobilizadas estratégias de motivação. Deste modo, as consultas de *follow-up* após a cessação tabágica são realizadas periodicamente para prevenir as recaídas e / ou interrupção da adesão ao comportamento.

3.6. Preparação operacional

Esta etapa está destinada à particularização das atividades, segundo Tavares (1990) começa aqui a forma e o processo mais adequado para responder aos problemas priorizados, ou seja, perante um conjunto coerente de técnicas específicas e organizadas é possível alcançar os objetivos delineados.

Em relação ao défice de exercício físico foi elaborado um projeto de implementação de exercício físico para os AO que obteve aprovação do Conselho de Administração.

Para divulgação do evento foi construído um cartaz (apêndice IX) que foi colocado nos expositores ao lado dos relógios biométricos. Também foram feitos folhetos a partir do cartaz que foram distribuídos como reforço à informação oral que foi veiculada pessoalmente a cada AO. Este contato direto teve como finalidade esclarecer dúvidas e facilitar a adesão ao projeto. Foram realizadas inscrições prévias.

Em termos metodológicos as sessões de intervenção através do método Pilates foram realizadas no mês de janeiro e fevereiro, duas vezes por semana em sessões de 50 minutos cada. Decorreram em sala ampla no segundo andar do edifício onde se encontra a Unidade de Cirurgia de Ambulatório. Os participantes foram divididos em dois grupos, uma vez que a dimensão da sala não permitia alojar todos os participantes em simultâneo. Também os dois grupos foram divididos pelos dois dias propostos para a realização da atividade. Na primeira sessão de intervenção houve uma sessão de educação para a saúde com o objetivo de dar a conhecer a importância do exercício físico regular na saúde assim como, as vantagens do uso do método Pilates (apêndice X).

Em relação aos AO consumidores de tabaco foi realizado individualmente uma entrevista motivacional de forma a conseguir a adesão à consulta de cessação tabágica realizada no hospital. As entrevistas motivacionais realizaram-se em gabinete no Serviço de Consultas Externas do hospital e decorreram num espaço de 30 a 40 minutos cada, tendo sido feito previamente uma planificação para as mesmas (apêndice XI).

Foi elaborado um folheto “Deixar de fumar” (apêndice XII) com recomendações para reforçar a mensagem transmitida nas entrevistas motivacionais.

3.7. Avaliação e contributos do projeto

Esta é a última fase do processo de planeamento em saúde. Para Imperatori & Giraldes (1982), ao avaliarmos estamos a comparar algo com um padrão ou modelo que envolve uma correção ou uma melhoria. Ao realizar-se uma avaliação criteriosa comparamos o estado inicial com o estado final da população alvo, antes e após a implementação de um projeto, relacionando os objetivos e metas estabelecidos, as atividades realizadas e recursos despendidos com a eficácia e eficiência das ações implementadas.

O objetivo da avaliação “é melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência, e não só justificar as atividades já realizadas ou identificar insuficiências” (Imperatori & Giraldes, 1986, p. 174).

Para fazer a avaliação é necessário usar indicadores sendo que “é através deles que conhecemos a realidade e medimos os avanços alcançados” (Imperatori & Giraldes, 1986, p. 132). A avaliação do projeto foi realizado através de três indicadores: de resultado, de adesão e de atividade através de dois tipos de indicadores.

Os indicadores de resultado medem os objetivos propostos num determinado período de tempo, só sendo possível avaliar após a conclusão do projeto. No final do

projeto o que se procura observar com os indicadores de resultado são as contribuições adquiridas para o projeto.

Os objetivos propostos foram:

- Contribuir para o aumento de conhecimentos sobre as vantagens do exercício físico em 70% dos AO.
- Contribuir para a oferta de práticas de exercício físico em contexto laboral para 47,5% dos AO.
- Mobilizar recursos para implementar a prática de exercício físico em grupo através da ginástica laboral.
- Contribuir para o desenvolvimento da prática regular de exercício físico em 47,5% dos AO.
- Contribuir para o aumento de conhecimentos sobre as vantagens da cessação tabágica em 70% dos AO que consomem tabaco.
- Contribuir para a cessação tabágica dos AO consumidores de tabaco.
- Mobilizar recursos para implementar a cessação tabágica nos AO consumidores de tabaco.

Quadro 1 – Avaliação dos indicadores de resultado.

Indicadores de resultado	Metas	Avaliação
Número de AO que demonstram conhecimentos adequados sobre a importância e a prática do exercício físico na saúde/ Número de AO da população que assistiu às sessões de ginástica laboral recorrendo ao método Pilates x 100	70%	92% (23/25)
Número de AO que iniciaram e se mantiveram a praticar exercício físico através das sessões de intervenção laboral “Começar hoje com boas escolhas para melhorar a saúde de amanhã: exercício físico” através do método Pilates / Número de AO da população x 100	47,5% (19/40)	62,5% (25/40)
Número de AO consumidores de tabaco que demonstram conhecimentos adequados sobre o malefício na prática do consumo de tabaco / Número de AO consumidores de tabaco x 100.	70% (14/20)	95% (19/20)
Número de AO consumidores de tabaco que iniciaram o programa de cessação tabágica / Número AO consumidores de tabaco x 100.	45% (9/20)	55% (11/20)

Durante a fase de diagnóstico da situação de saúde foi observado que 47,5% AO demonstraram carências na prática de exercício físico regular associando-se um excesso de peso neste grupo profissional (IMC, média igual a 27,8). O projeto “Começar hoje com boas escolhas para melhorar a saúde de amanhã: exercício físico” conseguiu com sucesso transmitir conhecimentos adequados sobre a importância e prática de exercício físico na saúde a 90% dos participantes, superando a meta proposta que se baseia na avaliação das ações de formação promovidas pelo centro de formação do hospital para este grupo profissional. A avaliação foi realizada mediante a aplicação de um questionário aos participantes (apêndice XIII).

Relativamente à prática efetiva de exercício físico, 62,5% dos AO iniciaram e mantiveram a prática de exercício físico regular através das sessões de intervenção laboral “Começar hoje com boas escolhas para melhorar a saúde de amanhã: exercício físico” superando em 15% a meta delineada.

Em relação à avaliação dos conteúdos lecionados nas entrevistas de motivação, os AO consumidores de tabaco demonstraram ter adquirido conhecimentos adequados sobre o malefício na prática do consumo de tabaco em 95% superando a meta proposta que, também esta se baseia na avaliação das ações de formação promovidas pelo centro de formação do hospital para este grupo profissional. A avaliação foi realizada mediante a aplicação de um questionário aos participantes (apêndice XIII).

No que diz respeito à cessação tabágica 55% dos AO iniciaram o programa de cessação tabágica dentro da consulta de cessação tabágica do hospital, superando em 10% a meta proposta.

Durante as sessões de educação para a saúde realizadas no contexto dos projetos “Começar hoje com boas escolhas para melhorar a saúde de amanhã: exercício físico (projeto de intervenção laboral em grupo)” e “Começar hoje com boas escolhas para melhorar a saúde de amanhã: cessação tabágica (projeto de intervenção laboral individual)” concluiu-se de acordo com o modelo teórico escolhido, (Pender, 1987) que houve uma promoção adequada de ações benéficas que conduziram à mudança de comportamentos em saúde.

No que respeita à avaliação dos objetivos

- Contribuir para a oferta de práticas de exercício físico em contexto laboral para 47,5% dos AO.
- Contribuir para o desenvolvimento de exercício físico em 47,5% dos AO.
- Realizar sessões individuais dirigidas para a sessão tabágica a 100% dos AO que consomem tabaco.
- Encaminhar para a consulta de cessação tabágica 45% AO consumidores de tabaco.

Os indicadores propostos para avaliação destes objetivos foram os indicadores de adesão e atividade que pretendem avaliar as intervenções e outras medidas realizadas na prestação de cuidados.

Quadro 2 – Avaliação dos indicadores de adesão

Indicadores de adesão	Metas	Avaliação
Número de AO que assistiram às sessões de intervenção laboral começar hoje com boas escolhas para melhorar a saúde de amanhã: exercício físico através do método Pilates / Número de AO da população x 100.	47,5% (19/40)	62,5% (25/40)
Número de AO consumidores de tabaco que assistiram às sessões de motivação individual / Número de AO consumidores de tabaco convocados para sessões de motivação individual x 100.	100%	100% (20/20)
Número de AO consumidores de tabaco que foram referenciados para a consulta de cessação tabágica / Número AO consumidores de tabaco x 100.	45%	55% (11/20)

Quadro 3 – Avaliação dos indicadores atividade

Indicadores de atividade	Metas	Avaliação
Número de cartazes afixados publicitando o projeto de intervenção laboral - começar hoje com boas escolhas para melhorar a saúde de amanhã: exercício físico / Número de locais onde existe relógios de ponto biométricos.	100%	100% (2/2)
Número de folhetos (Deixar de fumar) distribuídos aos AO consumidores de tabaco / Número AO consumidores de tabaco x 100.	100%	100% (20/20)

De acordo com as metas estabelecidas salienta-se que foram atingidos os objetivos, uma vez que estas foram superadas. De salientar que a meta elaborada para o caso do indicador, número de AO que assistiram às sessões de intervenção laboral “começar hoje com boas escolhas para melhorar a saúde de amanhã: exercício físico através do método Pilates, foi baseada no diagnóstico de situação na segunda fase de recolha de informação durante a consulta de enfermagem no trabalho em que 47,5% do AO manifestaram défice na prática de exercício físico.

Relativamente à elaboração da meta relativa ao número de AO consumidores de tabaco que foram referenciados para a consulta de cessação tabágica, esta baseou-se no fato de que “dos atuais fumadores 45% já tentaram parar de fumar” (Direção-Geral da Saúde, 2014, p18).

No que concerne ao resultados alcançados pelo projeto, é possível verificar que este processo trouxe ganhos em saúde para esta população através da mudança de comportamentos que efetivamente alterou os estilos de vida dos AO que participaram na intervenção laboral começar hoje com boas escolhas para melhorar a saúde de amanhã: exercício físico através do método Pilates. Esta intervenção após o término do estágio mantêm-se em vigor e foi alagada a outras categorias profissionais com a autorização e o apoio do Conselho de Administração do Hospital inscrevendo-se no Programa “Hospital Sustentável” (Administração Central dos Sistemas de Saúde) sob a Ege “Eventos sustentáveis para colaboradores”.

Relativamente aos participantes que optaram por ser encaminhados para a consulta de cessação tabágica dentro do projeto “Começar hoje com boas escolhas para melhorar a saúde de amanhã: cessação tabágica” estes, tem agora uma preciosa ajuda para iniciarem um processo acompanhado de redução e cessação do consumo de tabaco, que sem dúvida lhes trará um amplo benefício a nível da sua saúde.

4. SÍNTESE CONCLUSIVA

Este relatório procura expressar o trabalho desenvolvido durante o período de estágio (decorrente entre 29 de setembro de 2014 e 13 de fevereiro de 2015) onde se realizaram várias atividades tendo por base as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária estando inserido no Curso de Pós-licenciatura e Mestrado na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Comunitária.

Os estilos de vida refletem as práticas quotidianas associadas as formas de consumo que envolvem escolhas individuais ou coletivas em domínios como a alimentação, o exercício físico, a vigilância de saúde o consumo de substâncias nocivas, assim como o tipo de recreação. Estes são um dos grandes responsáveis para a determinação do estado de saúde das populações. Sem dúvida que eles condicionam o bem-estar, possibilitando maior ou menores eventos de doença durante a vida.

Foi identificado problemas específicos relacionados com os estilos de vida nos AO do hospital. As ações que daí advieram enquadra-se no PNS 2012-2016, que objetivamente pretende promover contextos de saúde que sejam favoráveis à obtenção efetiva de ganhos potenciais em saúde, considerando-se estes “os que decorrem da capacidade de intervir sobre causas evitáveis, controláveis ou rapidamente resolúveis” (Direção-Geral da Saúde, 2012e, p. 2). Da mesma forma o PNSOC 2º Ciclo – 2013 / 2017, enquadra os problemas identificados no seu objetivo específico 4 “Promoção da saúde e práticas de trabalho e estilos de vida saudáveis” (Direção-Geral da Saúde, 2013c, p. 32), no qual se pretende de forma energética e consolidada promover a saúde no local de trabalho fomentando práticas de trabalho e estilos de vida saudáveis. Os estilos de vida saudáveis no local de trabalho são considerados como uma condição essencial na manutenção da saúde do trabalhador (Direção-Geral da Saúde, 2013c).

A Ordem dos Enfermeiros tem regulamento as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública onde estabelece

competências específicas para o enfermeiro especialista nesta área em que este deverá “estabelecer com base na metodologia do planeamento em saúde, avaliação do estado de saúde de uma comunidade”, bem com, “contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p 2).

Baseando-se nestas premissas contidas neste regulamento, foram seguidas as várias etapas do processo de planeamento de saúde, sendo conduzidas e orientadas pelo modelo de promoção da saúde de Pender (1987).

Foi realizada educação para a saúde em vários momentos recorrendo ao empoderamento pessoal em sessões formais planeadas conduzidas em locais destinados aos mesmos, com convocatória prévia bem como, sessões mais informais “*on job*” no local de trabalho dos AO de promoção dos projetos de intervenção delineados em resposta aos problemas diagnosticados.

O somatório de todas as intervenções realizadas contribuíram para obter ganhos em saúde através, da avaliação e vigilância de saúde dos AO do hospital, bem como a sua capacitação para a adoção de comportamentos capazes de modificar e prevenir consequências de estilos de vida desajustados que prejudicava a sua saúde.

Durante o período de estágio foram consolidadas aquisições no âmbito da participação em processos de tomada de decisão sobre os problemas de saúde encontrados bem como, o desenvolvimento de projetos que se regeram metodologicamente pelo processo de planeamento em saúde. Foram realizadas ações intrínsecas à condição da especialização na área da saúde comunitária, onde intervieram competências de cariz científico, aliados aos fatores comunicacionais e relacionais que tiveram como alvo os AO do hospital. Conseguiu-se através da mobilização de recursos internos, envolver vários profissionais de saúde que, em seu contributo possibilitaram a obtenção dos resultados alcançados.

O trabalho desenvolvido no decurso do estágio integrado na equipa de saúde ocupacional, manifestamente permitiu demonstrar o real impacto que o enfermeiro especialista na área da saúde comunitária na vertente da enfermagem no trabalho tem quando aplica os conhecimentos adquiridos e os emprega em intervenções

especializadas aos grupos, no caso os AO que pela sua condição são dos mais expostos e vulneráveis no meio hospitalar.

A visibilidade deste trabalho foi ampla e teve reconhecimento alargado por parte de quem beneficiou diretamente dos cuidados especializados de enfermagem na área da saúde comunitária, mas também, por parte dos responsáveis de enfermagem do hospital. Daqui decorreu o convite para integrar o Serviço de Saúde Ocupacional com o apoio da Direção de Enfermagem. Concomitantemente também foi proposto que crie um projeto a apresentar ao Conselho de Administração, que possibilite coordenar melhor os efetivos de enfermagem do Serviço de Consulta Externa do hospital, no que respeita ao alargamento da oferta de consultas de enfermagem, de consolidação de registos de enfermagem, assim como motivação da equipe para novos desafios que se avizinham com a reestruturação dos objetivos propostos para este ano.

Por tudo o que se relatou anteriormente e que foi demonstrado enalteço as aquisições e competências desenvolvidas tanto a nível profissional como pessoal em que essencialmente se destaca a complexibilidade de técnicas aplicadas na prestação de cuidados a pessoas, grupos e comunidade. Considero ter atingido os objetivos propostos para o projeto, estando agora mais preparado para conduzir e abraçar novos projetos como enfermeiro especialista na área da saúde comunitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência europeia para a saúde e segurança no trabalho. (2008). Técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões músculo-esqueléticas na prestação de cuidados de saúde. *E - Facts*, 28, pp. 1-13. Obtido em 12 de dezembro de 2014, de <https://osha.europa.eu/pt/publications/e-facts/efact28>

Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, LDA.

Direção-Geral da Saúde. (2009). *Plano nacional de redução dos problemas ligados ao álcool 2010-2012*. Obtido em 25 de maio de 2014, de <http://pns.dgs.pt/files/2010/06/pna.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2010a). *3º Forum nacional de saúde, para um futuro com saúde: políticas públicas saudáveis, estudo de um caso português*. Obtido em 25 de maio de 2014, de <http://pns.dgs.pt/files/2010/03/Políticas-saudaveis.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2010b). *Evolução dos indicadores do PNS 2004-2010*. Obtido em 25 de maio de 2014, de <http://pns.dgs.pt/files/2010/02/EvolucaoIndicadoresPNS.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2012a). *Programa nacional para as doenças oncológicas: orientações programáticas*. Obtido em 25 de maio de 2014, de <http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2012b). *Programa nacional para a diabetes: orientações programáticas*. Obtido em 25 de maio de 2014, de <http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2012c). *Programa nacional para as doenças respiratórias: orientações programáticas*. Obtido em 25 de maio de 2014, de <http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2012d). *Programa nacional para a promoção de alimentação saudável orientações programáticas*. Obtido em 25 de maio de 2014, de <http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2012e). *Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016*. Lisboa: DGS. Obtido em 5 de novembro de 2014; <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/OSS1.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2013a). Hipertensão arterial: definição e classificação. *Norma da Direção Geral de Saúde, n.º 20*, pp. 1 - 6. Obtido em 25 de maio de 2014, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013b). *Programa nacional: prevenção e controlo do tabagismo*. Obtido em 25 de maio de 2014, de <http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013c). *Programa nacional de saúde ocupacional*. Obtido em 1 de junho de 2014, de <http://www.dgs.pt/saude-ocupacional/programa-nacional/pnsoc-2013-2017.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Plataforma contra a obesidade*. Obtido em 1 de junho de 2014, de <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/calculadores.aspx?menuid=161&exmenuid=-1&calc=2>
- Direção-Geral da Saúde. (2014b). *Relatório técnico: avaliação de impacto da lei do tabaco com foco na equidade*. Lisboa: DGS. Obtido em 16 de janeiro de 2015, de <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/relatorio-sobre-o-exercicio-realizado-no-ambito-da-avaliacao-de-impacto-da-lei-do-tabaco-com-foco-na-equidade1.aspx>
- European Food Information Council. (2007). *Caféina e a saúde*. Obtido em 1 de junho de 2014, de <http://www.eufic.org/article/pt/nutricao/alimentos-funcionais/artid/Cafeina-saude/>

Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1986). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (2ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

International Council of Nurses. (2011). *Nurses and human rights*. Obtido em 1 de junho de 2014, de http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/E10_Nurses_Human_Rights.pdf

Oliveira, J. R. (2007). A importância da ginástica laboral na prevenção de doenças ocupacional. *Revista de educação física*, pp. 40-49. Obtido em 12 de dezembro de 2014, de <http://www.ergonomianotrabalho.com.br/ginastica-labora-prevencao.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. Obtido em 15 de fevereiro de 2015, de http://www.ordemenfermeiros.pt/faqs/Documents/Legislacao/Regulamento_128_2011.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *O enfermeiro do trabalho na gestão em saúde ocupacional*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 14 de março de 2015, de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livroenfermagemtrabalhooms_vfinal_proteg.pdf

Ossler, C. C., Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). Teoria do desenvolvimento familiar. In M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (4ª ed), (pp. 995 - 1017). Lisboa: Lusociência.

- Pender, N. J. (1987). *Health Promotion in nursing practice*. Connecticut: Appleton & Lange.
- Polónia, J., Ramalhinho, V., Martins, L., & Saavedra, J. (2006). Normas sobre a deteção, avaliação e tratamento da hipertensão arterial da sociedade portuguesa de hipertensão. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 25, pp. 649 - 660.
- Ribeiro, J. L. (2004). *Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção da saúde e com a prevenção das doenças*. Obtido em 1 de junho de 2014, de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n2/v22n2a07.pdf>
- Sakraida, T. J. (2002). Nola J. Pender: Modelo de promoção da saúde. Em A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed., pp. 699 - 715). Loures: Lusodidacta.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- União Europeia. (2014). *Comprender as políticas da união europeia: saúde pública*. Belgica: Comissão europeia direção-geral da comunicação publicações. Obtido em 25 de novembro de 2014, de http://europa.eu/pol/pdf/flipbook/pt/public_health_pt.pdf
- Victor, J. F., Lopes, M. V., & Ximenes, L. B. (15 de fevereiro de 2005). Análise do diagrama do modelo de saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, pp. 235 - 240. Obtido em 1 de junho de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>
- Whitehaed, M., Dahlgren, G., & Gilson, L. (2001). Developing the policy response to inequities in health: a global perspective. Em T. Evans, M. Whiteheath, F. Diderichsen, A. Bhuiya, & M. Wirth, *Challenging inequities in health care: from ethics to action*. (pp. 309 - 322). New York: Oxford University Press. Obtido em 14 de junho de 2014, de

<http://www.ais.up.ac.za/med/scm870/developingpolicychallenginginequitieshealthcare.pdf>

World Health Organization. (1986). *A carta de Ottawa para a promoção de saúde*.

Obtido em 25 de maio de 2014, de World Health Organization:

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Obtido em 25 de maio de 2014, de World Health Organization:

<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

World Health Organization. (2008). *The challenge of obesity - quick statistics*. Obtido em 25 de maio de 2014, de <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics>

World Health Organization. (2013a). High Blood Pressure. *Fact Sheet*. Obtido em 14 de maio de 2014, de

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/185917/Fact-sheet-World-Health-Day-2013-Eng-final.pdf

World Health Organization. (2013b). *World health day 2013 - reducing salt intake is key to reducing high blood pressure and stroke*. Obtido em 25 de maio de 2014, de <http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2013/04/world-health-day-2013-reducing-salt-intake-is-key-to-reducing-high-blood-pressure-and-stroke>

World Health Organization. (2014a). *World Health Organization: Obesity and overweight*. Obtido em 25 de maio de 2014, de

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

World Health Organization. (2014b). *World Health Organization: global data base on body mass index*. Obtido em 25 de maio de 2014, de

http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

ANEXOS

Anexo I – Modelo de Promoção da Saúde de Pender (1987) adaptado de Victor, Lopes e Ximenes (2005, p. 237).

CARACTERÍSTICAS E EXPERIÊNCIAS INDIVIDUAIS

COGNIÇÕES E AFETAÇÃO DO COMPORTAMENTO

RESULTADO COMPORTAMENTAL

Comportamento anterior relacionado

As escolhas que os indivíduos fazem perante determinados acontecimentos são sustentadas pelas experiências passadas

Benefício de ação percebidos

É a percepção que o indivíduo tem no sentido de obtenção de benefício se adotar determinado comportamento. Os enfermeiros devem educar os indivíduos a alcançarem esta percepção.

Barreiras percebidas à ação

São obstáculos subjetivos que os indivíduos definem como impedimento para atingir o comportamento desejado.

Auto eficiência percebida

Traduz-se na confiança que o indivíduo tem para alcançar os comportamentos saudáveis.

Exigências imediatas e preferências

Traduz-se em contingências para as quais o indivíduo tem pouca margem de manobra para se libertar destas no imediato. Por outro lado, as preferências pessoais já é algo que no imediato podem controlar e optar por comportamento de mudança.

Atividades relacionada com a apresentação.

Traduz-se por sentimentos subjetivos positivos ou negativos experimentados pelo indivíduo. Em os positivos aumentam a autoconfiança e os negativos atuam como contratempo para se atingir o comportamento saudável

Compromisso com o plano de ação

Traduz-se na intensão de se realizar um comportamento particular de saúde, assim como, identificar estratégias para alcançá-lo com sucesso

Comportamento de promoção de saúde

Traduz-se resultado que o comportamento adotado traz para a saúde do indivíduo.

Fatores pessoais:

Está ligado a situações que já por si caracterizam o indivíduo, como características biológicas, psicológica e socioculturais

Influências interpessoais

São atitudes de outros indivíduos que influenciar o indivíduo para que adote o comportamento adequado.

Influências situacionais

Tem a ver com a percepção do como o comportamento de saúde adequado se pode encaixar no contexto de vida do indivíduo

Anexo II – Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

Anexo F – Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

O MEU ESTILO DE VIDA

Neste questionário pretendemos que descreva o seu comportamento do dia a dia em diversas áreas que estão associadas à saúde. Por favor responda às afirmações que aparecem abaixo, utilizando os seguintes critérios:

- A – Quase sempre (90% ou mais das vezes)
- B – Com muita frequência (cerca de 75% das vezes)
- C – Muitas vezes (cerca de 50% das vezes)
- D – Ocasionalmente (cerca de 25% das vezes)
- E – Quase nunca (menos de 10% das vezes)

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana	A	B	C	D	E
Ando a pé ou de bicicleta diariamente	A	B	C	D	E
Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (p. ex, corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc.)	A	B	C	D	E
Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho	A	B	C	D	E
Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal	A	B	C	D	E
Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes	A	B	C	D	E
Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia	A	B	C	D	E
Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado	A	B	C	D	E
Mantenho as minhas vacinas em dia	A	B	C	D	E
Verifico anualmente a minha pressão arterial	A	B	C	D	E
Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes	A	B	C	D	E

Vou anualmente ao médico fazer um <i>check-up</i>	A	B	C	D	E
Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais	A	B	C	D	E
Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade	A	B	C	D	E
Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança	A	B	C	D	E
Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico	A	B	C	D	E
Evito fumar	A	B	C	D	E
Evito ingerir alimentos com gordura	A	B	C	D	E
Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola	A	B	C	D	E
Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames	A	B	C	D	E
Evito tomar tranquilizantes	A	B	C	D	E
Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.)	A	B	C	D	E
Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco	A	B	C	D	E
Evito os ambientes muito ruidosos	A	B	C	D	E
Evito os ambientes que tenham o ar poluído	A	B	C	D	E
Evito mudar de parceiro sexual	A	B	C	D	E
Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal	A	B	C	D	E
Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções	A	B	C	D	E

APÊNDICES

**Apêndice I – Consentimento informado para a participação no estudo
“Promoção de Estilos de Vida Saudáveis nos AO de um hospital da RML”**

Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem Comunitária

Estudo sobre a

Promoção de Estilos de Vida Saudáveis nos Assistentes Operacionais

CONSENTIMENTO INFORMADO

Este estudo pretende intervir no âmbito da saúde ocupacional na comunidade dos Assistentes Operacionais do hospital que se insere na Região Metropolitana de Lisboa, contribuindo para a promoção de estilos de vida saudáveis.

Descrição do Estudo: Se eu concordar em participar neste estudo, eu concordo em responder a algumas questões sobre mim, sobre os meus estilos de vida nomeadamente em relação ao exercício físico e à dieta alimentar que pratico, bem como ao consumo bebidas alcoólicas e tabaco.

Após avaliadas as necessidades da comunidade dos Assistentes Operacionais seguiram-se intervenções as quais sou convidado a participar sem carater vinculativo. O estudo será realizado num período de mais ou menos cinco meses.

Possíveis benefícios: Com o resultado do estudo beneficiarei de intervenção de enfermagem e assim poderei melhorar a minha qualidade de vida.

Riscos: Não se espera que venha a ocorrer qualquer perigo para mim.

Confidencialidade: Os meus dados pessoais e a informação colhida a mim são confidenciais e são apenas utilizados de acordo com os objetivos do estudo. Eu não serei identificado em nenhuma publicação dos resultados.

Direitos: Eu percebo e aceito que a minha participação no estudo é voluntária e eu posso abandonar o estudo a qualquer momento. Eu percebo que se decidir abandonar o estudo nada será feito contra mim.

Consentimento: Eu concordo em fazer parte do estudo em que o enfermeiro vai promover os estilos de vida saudáveis.

Assinatura_____

Data_____

Se tiver alguma questão sobre o estudo, em qualquer momento pode contactar Fernando Coelho 964128676

**Apêndice II – Autorização para o uso do Questionário de Atitudes e
Comportamentos de Saúde**

Pedido urgente de aplicação do Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

4 mensagens

FERNANDO JORGE CABAÇO COELHO <fernandocoelho@campus.esel.pt>

19 de Junho de 2014 às 11:01

Para: Jose Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>



Exmo. Sr. Profº. Doutor

José Luís Pais Ribeiro

Universidade do Porto

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Departamento de Psicologia

Assunto: Pedido de aplicação do Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

Eu, Fernando Jorge Cabaço Coelho, enfermeiro, a frequentar o curso de pós Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. A realizar um Projeto de Intervenção Comunitária com a finalidade de avaliar os estilos de vida nos assistentes operacionais num hospital da área metropolitana de lisboa, orientado pela Srª. Profª. Maria De Fátima Moreira.

Venho, por este meio, solicitar a sua autorização para aplicação do Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde, neste projeto de intervenção comunitária.

Desde já agradeço a atenção por si dispensada a este assunto.

Pedido urgente de aplicação do Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

19 de Junho de 2014 às 14:32

Para: FERNANDO JORGE CABAÇO COELHO <fernandocoelho@campus.esel.pt>

Caro colega

presumo que o questionário que solicita é o que está no link que anexo a seguir e que autorizo a utilizar

(<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n2/v22n2a07.pdf>)

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

De: FERNANDO JORGE CABAÇO COELHO [fernandocoelho@campus.esel.pt]

Enviado: quinta-feira, 19 de Junho de 2014 11:01

Para: José Luis Pais Ribeiro

Assunto: Pedido urgente de aplicação do Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

[Citação ocultada]

--

This message has been scanned for viruses and dangerous content by [MailScanner](#), and is believed to be clean.

Apêndice III – Questionário aplicado aos AO

QUESTIONÁRIO

Sou o enfermeiro Fernando Coelho e exerço funções no Serviço de Medicina do CHBM-HM, frequento o 5º Curso Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e pretendo desenvolver um trabalho sobre a promoção estilos de vida saudáveis nos assistentes operacionais.

Para desenvolver o projeto, necessito da sua opinião sobre este tema, pelo que agradeço que responda a todas as perguntas deste questionário colocando uma cruz no quadrado que melhor corresponde à sua opinião, sabendo que não há respostas certas ou erradas.

O questionário é anónimo e os dados fornecidos serão tratados de modo a não ser identificado, quando da apresentação do trabalho em eventos académicos.

Muito obrigada por se dispor a colaborar.

Fernando Coelho

QUESTIONÁRIO

Parte I

1- Indique qual o seu sexo, colocando uma cruz no quadrado correspondente:

Feminino ☐ Masculino ☐

2 - Habitualmente qual é o seu tipo de horário no hospital?

Horário por turnos ☐ Horário fixo de manhãs ☐

3- Qual a sua habilitação literária?

1º Ciclo de ensino (Primária)	
2º Ciclo de ensino (5º ao 6º ano letivo)	
3º Ciclo de ensino (7º ao 9º ano letivo)	
Ensino secundário (11º ao 12º ano letivo)	
Ensino superior	

4 - Há quanto tempo é Assistente Operacional? ____ anos.

5 – Qual a sua idade? ____ anos.

6 - Assinale com um X em que posição se coloca perante as afirmações sendo que:

Quase sempre (90% ou mais das vezes).

Com muita frequência (cerca de 75% das vezes).

Muitas vezes (cerca de 50% das vezes).

Ocasionalmente (cerca de 25% das vezes).

Quase nunca (menos de 10% das vezes).

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
6.1. Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas ou mais vezes por semana.					
6.2. Ando a pé ou de bicicleta diariamente.					
6.3. Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana.					
6.4. Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho.					
6.5. Tenho cuidado com o que como de modo de modo a reduzir a ingestão de sal.					

6 - Assinale com um X em que posição se coloca perante as afirmações sendo que:

Quase sempre (90% ou mais das vezes).

Com muita frequência (cerca de 75% das vezes).

Muitas vezes (cerca de 50% das vezes).

Ocasionalmente (cerca de 25% das vezes).

Quase nunca (menos de 10% das vezes).

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
6.6. Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes.					
6.7. Não bebo mais que duas bebidas alcoólicas por dia.					
6.8. Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado.					
6.9. Mantenho as minhas vacinas em dia.					
6.10. Verifico anualmente a minha tensão arterial.					
6.11. Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes.					
6.12. Vou anualmente ao médico fazer <i>check-up</i> .					
6.13. Não guio quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais.					
6.14. Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de manter dentro dos limites de velocidade.					
6.15. Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança.					
6.16. Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico.					
6.17. Evito fumar.					
6.18. Evito ingerir alimentos com gordura.					
6.19. Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola.					
6.20. Evito tomar medicamentos estimulantes					
6.21. Evito tomar tranquilizantes (após terminar o turno da noite).					
6.22. Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.).					

6 - Assinale com um X em que posição se coloca perante as afirmações sendo que:

Quase sempre (90% ou mais das vezes).

Com muita frequência (cerca de 75% das vezes).

Muitas vezes (cerca de 50% das vezes).

Ocasionalmente (cerca de 25% das vezes).

Quase nunca (menos de 10% das vezes).

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
6.23. Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco.					
6.24. Evito ambientes muito ruidosos.					
6.25. Evito os ambientes que tenham o ar poluído.					
6.26. Evito de mudar de parceiro sexual.					
6.27. Evito ter relações sexuais com pessoas que mal conheço.					
6.28. Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções.					

Parte II

7. De acordo com os seus hábitos de vida diários existe algum que considera que deve alterar? NÃO ☐ SIM ☐

7.1. Se sim qual (quais)? _____

7.2. Refira quais as principais dificuldades que antevê nessa alteração?

8. Na sua opinião, considera que há benefício para a sua saúde:

8.1. A adoção de uma alimentação equilibrada, NÃO ☐ SIM ☐

8.2. Manter a prática regular de exercício físico, NÃO ☐ SIM ☐

8.3. Não usar substâncias aditivas, NÃO ☐ SIM ☐

8.4. Fazer vigilância de saúde regular. NÃO ☐ SIM ☐

Porquê?

9. Assinale com um X em que posição de confiança se coloca perante as afirmações sendo que:

	Extremamente confiante	Muito confiante	Média confiança	Pouco confiante	Nada confiante	Não se adequa a mim
9.1. Vou realizar exercício físico moderado como por exemplo caminhadas durante 45 minutos por dia, durante cinco dias por semana.						
9.2. Vou planificar a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes de forma a manter o peso recomendado para a minha altura.						
9.3. Vou passar a ir anualmente ao médico fazer um <i>check-up</i> e ao dentista verificar o estado dos meus dentes.						
9.4. Vou evitar de conduzir se tiver ingerido bebidas alcoólicas ou viajar com um condutor que eu saiba que ingeriu bebidas alcoólicas.						
9.5. Vou evitar ou deixar de fumar.						
9.6. Não vou beber durante o dia mais que duas bebidas alcoólicas às refeições.						
9.7. Vou evitar de tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico incluindo tranquilizantes ou estimulantes.						

10. Assinale com um X em que posição se coloca perante as afirmações sendo que:

	Sim, faço há MAIS de 6 meses	Sim, faço há MENOS de 6 meses	Não faço, mas pretendo INICIAR nos próximos 30 dias	Não faço, mas pretendo INICIAR nos próximos 6 meses	Não faço e NÃO pretendo iniciar nos próximos 6 meses
10.1. Os benefícios para a saúde geralmente são obtidos através de pelo menos de 30 minutos de atividade física cumulativa moderada, todos os dias.					
10.2. Uma alimentação equilibrada que privilegia alimentos como o peixe, vegetais e fruta fresca, inclui diariamente laticínios, evita consumo de carnes vermelhas.					
10.3. A vigilância de saúde feita anualmente permite despistar a instalação de doenças e proporcionar ganhos para a saúde em geral					
10.4. A condução de veículos não deve ser feita sob efeito do álcool.					
10.5. A abstinência de consumo de tabaco diminui grandemente a probabilidade de desenvolvimento de doenças oncológicas.					
10.6. A ingestão moderada de bebidas alcoólicas às 2 principais refeições diminui a possibilidade de vir a desenvolver diversas doenças graves					
10.7 O consumo de medicamentos só deve ocorrer se recomendado por um médico.					

Apêndice IV – Entrevista realizada aos AO

ENTREVISTA

Avaliação do Índice de Massa Corporal: Altura _____ Peso _____ (IMC _____).

Avaliação do risco metabólico: Perímetro Abdominal _____

Avaliação da Tensão arterial: Sistólica _____ mmHg / diastólica _____ mmHg.

1. Dispõe de tempos livres? Se sim, como gere os mesmos?

2. Conhece a roda dos alimentos? Na sua opinião considera que as refeições que faz diariamente contêm as proporções recomendadas na roda dos alimentos? Porquê?

3. Habitualmente que tipo de alimentos prefere utilizar na preparação das suas refeições?

4. Habitualmente faz uma alimentação fracionada durante o dia? Em média quantas vezes come por dia?

5. Qual ou quais hábito de vida / comportamento de saúde considera que devem ser modificados?

Quem o pode ajudar nessa mudança de hábitos?

**Apêndice V – Apresentação dos resultados provenientes do questionário
aplicado aos AO para o diagnóstico da saúde**

Apêndice V – Tabela 1 - Distribuição dos AO relativamente ao sexo, tipo de horário de trabalho praticado, habilitações literárias, número de anos de serviço no hospital e idade.

VARIÁVEL	Fi	Fr
Sexo		
Feminino	32	80%
Masculino	8	20%
Total	40	100%
Tipo de horário		
Horário por turnos	19	47,5%
Fixo de manhãs	21	52,5%
Total	40	100%
Habilitações literárias		
1º Ciclo de ensino	10	25%
2º Ciclo de ensino	12	30%
3º Ciclo de ensino	12	30%
Ensino secundário	6	15%
Ensino superior	0	0%
Total	40	100%
Nº anos no hospital		
[0-14]	3	7,5%
[15-19]	5	12,5%
[20-24]	9	22,5%
[25-29]	4	10%
[30-34]	13	32,5%
[35-39]	4	10%
[40-44]	2	5%
Total	40	100%
Idade		
[40-44]	1	2,5%
[45-49]	3	7,5%
[50-54]	16	40%
[55-59]	11	27,5%
[60-64]	7	17,5%
[65-69]	2	5%
Total	40	100%

**Apêndice V – Tabela 2 –
Determinação dos comportamentos
anteriores do AO.**

VARIÁVEL	Fi	Fr
Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas ou mais vezes por semana.		
Quase sempre	5	12,5%
Com muita frequência	3	7,5%
Muitas vezes	1	2,5%
Ocasionalmente	9	22,5%
Quase nunca	22	55%
Total	40	100,0%
VARIÁVEL	Fi	Fr
Ando a pé ou de bicicleta diariamente.		
Quase sempre	8	20%
Com muita frequência	8	20%
Muitas vezes	7	17,5%
Ocasionalmente	4	10%
Quase nunca	13	32,5%
Total	40	100,0%
VARIÁVEL	Fi	Fr
Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana.		
Quase sempre	3	7,5%
Com muita frequência	1	2,5%
Muitas vezes	0	0%
Ocasionalmente	10	25%
Quase nunca	26	65%
Total	40	100,0%
VARIÁVEL	Fi	Fr
Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho.		
Quase sempre	15	37,5%
Com muita frequência	9	22,5%
Muitas vezes	7	17,5%
Ocasionalmente	6	15%
Quase nunca	3	7,5%
Total	40	100,0%

VARIÁVEL	Fi	Fr
Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal.		
Quase sempre	14	35%
Com muita frequência	12	30%
Muitas vezes	8	20%
Ocasionalmente	3	7,5%
Quase nunca	3	7,5%
Total	40	100,0%
VARIÁVEL	Fi	Fr
Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes.		
Quase sempre	13	32,5%
Com muita frequência	8	20%
Muitas vezes	9	22,5%
Ocasionalmente	6	15%
Quase nunca	4	10%
Total	40	100,0%
VARIÁVEL	Fi	Fr
Não bebo mais que duas bebidas alcoólicas por dia.		
Quase sempre	11	27,5%
Com muita frequência	3	7,5%
Muitas vezes	0	0%
Ocasionalmente	3	7,5%
Quase nunca	23	57,5%
Total	40	100,0%
VARIÁVEL	Fi	Fr
Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado.		
Quase sempre	12	30%
Com muita frequência	7	17,5%
Muitas vezes	8	20%
Ocasionalmente	9	22,5%
Quase nunca	4	10%
Total	40	100,0%
VARIÁVEL	Fi	Fr
Mantenho as minhas vacinas em dia.		
Quase sempre	29	72,5%
Com muita frequência	8	20%
Muitas vezes	1	2,5%
Ocasionalmente	2	5%

Quase nunca	0	0%
Total	40	100,0%
VARIÁVEL	Fi	Fr
Verifico anualmente a minha tensão arterial.		
Quase sempre	23	57,5%
Com muita frequência	4	10%
Muitas vezes	4	10%
Ocasionalmente	9	22,5%
Quase nunca	0	0%
Total	40	100,0%
VARIÁVEL	Fi	Fr
Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes.		
Quase sempre	12	30%
Com muita frequência	5	12,5%
Muitas vezes	3	7,5%
Ocasionalmente	9	22,5%
Quase nunca	10	25%
Resposta em branco	1	2,5
Total	40	100,0%
VARIÁVEL	Fi	Fr
Vou anualmente ao médico fazer <i>check-up</i> .		
Quase sempre	14	35%
Com muita frequência	5	12,5%
Muitas vezes	2	5%
Ocasionalmente	13	32,5%
Quase nunca	6	15%
Total	40	100,0%
VARIÁVEL	Fi	Fr
Não guio quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais.		
Quase sempre	19	47,5%
Com muita frequência	2	5%
Muitas vezes	2	5%
Ocasionalmente	1	2,5%
Quase nunca	16	40%
Total	40	100,0%
VARIÁVEL	Fi	Fr
Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de manter dentro dos limites de velocidade.		

Quase sempre	31	77,5%
Com muita frequência	2	5%
Muitas vezes	1	2,5%
Ocasionalmente	3	7,5%
Quase nunca	3	7,5%
Total	40	100,0%
VARIÁVEL	Fi	Fr
Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança.		
Quase sempre	36	90%
Com muita frequência	4	10%
Muitas vezes	0	0%
Ocasionalmente	0	0%
Quase nunca	0	0%
Total	40	100,0%
VARIÁVEL	Fi	Fr
Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico.		
Quase sempre	24	60%
Com muita frequência	6	15%
Muitas vezes	2	5%
Ocasionalmente	5	12,5%
Quase nunca	3	7,5%
Total	40	100,0%
VARIÁVEL	Fi	Fr
Evito fumar.		
Quase sempre	20	50%
Com muita frequência	1	2,5%
Muitas vezes	1	2,5%
Ocasionalmente	4	10%
Quase nunca	14	35%
Total	40	100,0%
VARIÁVEL	Fi	Fr
Evito ingerir alimentos com gordura.		
Quase sempre	17	42,5%
Com muita frequência	8	20%
Muitas vezes	8	20%
Ocasionalmente	3	7,5%
Quase nunca	4	10%
Total	40	100,0%
VARIÁVEL	Fi	Fr

Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola.		
Quase sempre	15	37,5%
Com muita frequência	5	12,5%
Muitas vezes	4	10%
Ocasionalmente	6	15%
Quase nunca	10	25%
Total	40	100,0%
VARIÁVEL	Fi	Fr
Evito tomar medicamentos estimulantes.		
Quase sempre	24	60%
Com muita frequência	5	12,5%
Muitas vezes	3	7,5%
Ocasionalmente	0	0%
Quase nunca	8	20%
Total	40	100,0%
VARIÁVEL	Fi	Fr
Evito tomar tranquilizantes (após terminar o turno da noite).		
Quase sempre	23	57,5%
Com muita frequência	3	7,5%
Muitas vezes	3	7,5%
Ocasionalmente	2	5%
Quase nunca	9	22,5%
Total	40	100,0%
VARIÁVEL	Fi	Fr
Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.).		
Quase sempre	13	32,5%
Com muita frequência	8	20%
Muitas vezes	7	17,5%
Ocasionalmente	6	15%
Quase nunca	6	15%
Total	40	100,0%
VARIÁVEL	Fi	Fr
Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco.		
Quase sempre	23	57,5%

Com muita frequência	3	7,5%
Muitas vezes	3	7,5%
Ocasionalmente	2	5%
Quase nunca	9	22,5%
Total	40	100,0%
VARIÁVEL	Fi	Fr
Evito ambientes muito ruidosos		
Quase sempre	23	57,5%
Com muita frequência	8	20%
Muitas vezes	3	7,5%
Ocasionalmente	4	10%
Quase nunca	2	5%
Total	40	100,0%
VARIÁVEL	Fi	Fr
Evito os ambientes que tenham o ar poluído.		
Quase sempre	17	42,5%
Com muita frequência	9	22,5%
Muitas vezes	6	15%
Ocasionalmente	5	12,5%
Quase nunca	3	7,5%
Total	40	100,0%
VARIÁVEL	Fi	Fr
Evito de mudar de parceiro sexual.		
Quase sempre	31	77,5%
Com muita frequência	2	5%
Muitas vezes	0	0%
Ocasionalmente	0	0%
Quase nunca	6	15%
Resposta em branco	1	2,5%
Total	40	100,0%
VARIÁVEL	Fi	Fr
Evito ter relações sexuais com pessoas que mal conheço.		
Quase sempre	33	82,5%
Com muita frequência	0	0%
Muitas vezes	0	0%
Ocasionalmente	0	0%
Quase nunca	5	12,5%
Resposta em branco	2	5%
Total	40	100,0%
VARIÁVEL	Fi	Fr

Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções.		
Quase sempre	35	87,5%
Com muita frequência	1	2,5%
Muitas vezes	0	0%

Apêndice V – Tabela 3 – Distribuição da intensão de mudança de hábitos de vida nos AO.

VARIÁVEL	Fi	Fr
De acordo com os hábitos de vida diários existem alguns que devam ser alterados		
Não	24	60%
Sim	16	40%
Total	40	100%

Apêndice V – Tabela 4 – Conhecer os benefícios de ação percebidos dos AO quanto às variáveis.

VARIÁVEL	Fi	Fr
Na sua opinião, considera que há benefício para a sua saúde a adoção de uma alimentação equilibrada		
Não	0	0%
Sim	40	100%
Total	40	100%
Na sua opinião, considera que há benefício para a sua saúde manter a prática regular de exercício físico		
Não	0	0%
Sim	40	100%
Total	40	100%
Na sua opinião, considera que há benefício para a sua saúde não usar substâncias aditivas		
Não	1	2,5%
Sim	39	97,5%
Total	40	100%
Na sua opinião, considera que há benefício para a sua saúde fazer vigilância de saúde regular		
Não	0	0%
Sim	40	100%
Total	40	100%

Apêndice V – Tabela 5 – Conhecer a auto eficiência percebida dos AO em relação às variáveis.

VARIÁVEL	Fi	Fr
Vou realizar exercício físico moderado como por exemplo caminhadas durante 45 minutos por dia, durante cinco dias por semana.		
Extra/confiante	8	20,0%
Muito confiante	7	17,5%
Média confiança	6	15,0%
Pouco confiante	10	25,0%
Nada confiante	3	7,5%
N/se adequa a mim	6	15,0%
Total	40	100%
Vou planificar a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes de forma a manter o peso recomendado para a minha altura.	Fi	Fr
Extra/confiante	14	35,0%
Muito confiante	11	27,5%
Média confiança	6	15,0%
Pouco confiante	6	15,0%
Nada confiante	3	7,5%
N/se adequa a mim	0	0,0%
Total	40	100%
Vou passar a ir anualmente ao médico fazer um <i>check-up</i> e ao dentista verificar o estado dos meus dentes.		
Extra/confiante	10	25,0%
Muito confiante	14	35,0%
Média confiança	7	17,5%
Pouco confiante	5	12,5%
Nada confiante	3	7,5%
N/se adequa a mim	1	2,5%
Total	40	100%
Vou evitar de conduzir se tiver ingerido bebidas alcoólicas ou viajar com um condutor que eu saiba que ingeriu bebidas alcoólicas.		
Extra/confiante	30	75,0%
Muito confiante	5	12,5%
Média confiança	1	2,5%
Pouco confiante	0	0,0%
Nada confiante	1	2,5%
N/se adequa a mim	3	7,5%

Total	40	100%
Vou evitar ou deixar de fumar.		
Extra/confiante	17	42,5%
Muito confiante	1	2,5%
Média confiança	3	7,5%
Pouco confiante	5	12,5%
Nada confiante	7	17,5%
N/se adequa a mim	7	17,5%
Total	40	100%
Não vou beber durante o dia mais que duas bebidas alcoólicas às refeições.		
Extra/confiante	23	57,5%
Muito confiante	5	12,5%
Média confiança	2	5,0%
Pouco confiante	0	0,0%
Nada confiante	1	2,5%
N/se adequa a mim	9	22,5%
Total	40	100%
Vou evitar de tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico incluindo tranquilizantes ou estimulantes.		
Extra/confiante	23	57,5%
Muito confiante	9	22,5%
Média confiança	2	5,0%
Pouco confiante	0	0,0%
Nada confiante	1	2,5%
N/se adequa a mim	5	12,5%
Total	40	100%

Apêndice V – Tabela 6 – Pretende conhecer a atividade relacionada com a apresentação em relação às variáveis.

VARIÁVEL	Fi	Fr
Os benefícios para a saúde geralmente são obtidos através de pelo menos de 30 minutos de atividade física cumulativa moderada, todos os dias.		
S/faço há + 6 meses	11	27,5%
S/faço há - 6 meses	4	10,0%
N/faço mas pretendo iniciar nos próx. 30 dias	8	20,0%
N/faço pretendo iniciar nos próx. 6 meses	12	30,0%
N/faço e N/pretendo iniciar próx. 6 meses	5	12,5%

Total	40	100%
Uma alimentação equilibrada que privilegia alimentos como o peixe, vegetais e fruta fresca, inclui diariamente laticínios, evita consumo de carnes vermelhas.		
S/faço há + 6 meses	25	62,5%
S/faço há - 6 meses	5	12,5%
N/faço mas pretendo iniciar nos próx. 30 dias	7	17,5%
N/faço pretendo iniciar nos próx. 6 meses	2	5,0%
N/faço e N/pretendo iniciar próx. 6 meses	1	2,5%
Total	40	100%
A vigilância de saúde feita anualmente permite despistar a instalação de doenças e proporcionar ganhos para a saúde em geral		
S/faço há + 6 meses	22	55,0%
S/faço há - 6 meses	4	10,0%
N/faço mas pretendo iniciar nos próx. 30 dias	4	10,0%
N/faço pretendo iniciar nos próx. 6 meses	7	17,5%
N/faço e N/pretendo iniciar próx. 6 meses	2	5,0%
Resposta em branco	1	2,5%
Total	40	100%
A condução de veículos não deve ser feita sob efeito do álcool.		
S/faço há + 6 meses	24	60,0%
S/faço há - 6 meses	0	0,0%
N/faço mas pretendo iniciar nos próx. 30 dias	0	0,0%
N/faço pretendo iniciar nos próx. 6 meses	1	2,5%
N/faço e N/pretendo iniciar próx. 6 meses	15	37,5%
Total	40	100%
A abstinência de consumo de tabaco diminui grandemente a probabilidade de desenvolvimento de doenças oncológicas.		
S/faço há + 6 meses	22	55,0%
S/faço há - 6 meses	1	2,5%
N/faço mas pretendo iniciar nos próx. 30 dias	0	0,0%
N/faço pretendo iniciar nos próx. 6 meses	8	20,0%
N/faço e N/pretendo iniciar próx. 6 meses	9	22,5%
Total	40	100%
A ingestão moderada de bebidas alcoólicas às 2 principais refeições diminui a possibilidade de vir a desenvolver diversas doenças graves.		
S/faço há + 6 meses	24	60,0%
S/faço há - 6 meses	1	2,5%
N/faço mas pretendo iniciar nos próx. 30 dias	2	5,0%
N/faço pretendo iniciar nos próx. 6 meses	5	12,5%
N/faço e N/pretendo iniciar próx. 6 meses	8	20,0%
Total	40	100%

O consumo de medicamentos só deve ocorrer se recomendado por um médico.		
S/faço há + 6 meses	33	82,5%
S/faço há - 6 meses	1	2,5%
N/faço mas pretendo iniciar nos próx. 30 dias	1	2,5%
N/faço pretendo iniciar nos próx. 6 meses	3	7,5%
N/faço e N/pretendo iniciar próx. 6 meses	2	5,0%
Total	40	100%

Apêndice VI – Apresentação dos resultados provenientes da consulta de enfermagem em saúde ocupacional – dados antropomórficos e TA

Apêndice VI – Tabela 1 – Dados antropomórficos e tensão arterial dos AO.

AO	Altura	Peso	IMC	TA sistólica	TA diastólica	Perímetro Abdominal	Indicador de risco metabólico	Classificação do IMC
1	1,69	99	34,66	139	57	112	Risco muito aumentado	Obesidade grau I
2	1,72	110	37,18	151	73	127	Risco muito aumentado	Obesidade grau II
3	1,71	87	29,75	164	86	93	Risco muito aumentado	Excesso de peso
4	1,52	61	26,40	138	82	95	Risco muito aumentado	Excesso de peso
5	1,65	85	31,22	133	79	112	Risco muito aumentado	Obesidade grau I
6	1,5	67	29,78	167	82	102	Risco muito aumentado	Excesso de peso
7	1,63	71	26,72	131	84	100	Risco muito aumentado	Excesso de peso
8	1,58	65	26,04	144	83	101	Risco muito aumentado	Excesso de peso
9	1,73	82	27,40	126	65	101	Risco muito aumentado	Excesso de peso
10	1,52	57	24,67	139	85	99	Risco muito aumentado	Saudável
11	1,57	63	25,56	152	61	90	Risco muito aumentado	Excesso de peso
12	1,49	71	31,98	142	84	104	Risco muito aumentado	Obesidade grau I
13	1,6	75	29,30	111	62	107	Risco muito aumentado	Excesso de peso
14	1,57	66	26,78	123	64	102	Risco muito aumentado	Excesso de peso
15	1,6	72	28,13	108	45	100	Risco aumentado	Excesso de peso
16	1,52	61	26,40	92	48	94	Risco aumentado	Excesso de peso
17	1,59	79	31,25	112	60	100	Risco aumentado	Obesidade grau I
18	1,5	68	30,22	121	75	96	Risco muito aumentado	Obesidade grau I
19	1,71	82	28,04	132	54	106	Risco muito aumentado	Excesso de peso
20	1,66	74	26,85	161	89	105	Risco muito aumentado	Excesso de peso
21	1,68	62	21,97	131	65	92	Risco muito aumentado	Saudável
22	1,57	68	27,59	146	85	102	Risco muito aumentado	Excesso de peso

23	1,7	81	28,03	118	87	99	Risco muito aumentado	Excesso de peso
24	1,71	76	25,99	112	61	96	Risco muito aumentado	Excesso de peso
25	1,54	64	26,99	134	86	99	Risco muito aumentado	Excesso de peso
26	1,64	72	26,77	152	86	98	Risco muito aumentado	Excesso de peso
27	1,56	69	28,35	164	89	100	Risco muito aumentado	Excesso de peso
28	1,69	72	25,21	126	72	94	Risco muito aumentado	Excesso de peso
29	1,63	83	31,24	157	84	104	Risco muito aumentado	Obesidade grau I
30	1,53	60	25,63	127	68	96	Risco aumentado	Excesso de peso
31	1,67	86	30,84	149	84	98	Risco muito aumentado	Obesidade grau I
32	1,6	77	30,08	153	77	101	Risco muito aumentado	Obesidade grau I
33	1,72	78	26,37	121	82	93	Risco muito aumentado	Excesso de peso
34	1,58	66	26,44	157	84	98	Risco muito aumentado	Excesso de peso
35	1,52	61	26,40	112	66	92	Risco muito aumentado	Excesso de peso
36	1,65	73	26,81	146	71	96	Risco muito aumentado	Excesso de peso
37	1,56	62	25,48	133	56	92	Risco muito aumentado	Excesso de peso
38	1,71	60	20,52	115	60	91	Risco muito aumentado	Saudável
39	1,56	74	30,41	141	68	105	Risco muito aumentado	Obesidade grau I
40	1,58	60	24,03	132	68	94	Risco muito aumentado	Saudável

Apêndice VI – Tabela 2 – Indicador de risco metabólico nos AO.

Perímetro Abdominal	Masculino	Critério	Feminino	Critério
Média	105,8	Risco muito aumentado	98,2	Risco aumentado
Moda	100		96	
Desvio padrão	9,4		4,9	

Apêndice VII – Apresentação dos resultados provenientes das entrevista realizadas aos AO para o diagnóstico da saúde

Apêndice VII – Tabela 1 – Análise da entrevista aplicada aos AO.

Tema	Categorias	Subcategorias	Indicadores	Fi / Fr
Estilos de vida	Fatores cognitivo-preceptivos	Tempos livres	Não dispões de tempos livres	11 ⇔ 27,5%
			Dispõe de tempos livres	29 ⇔ 72,5%
			Atividades manuais / recreativas	3 ⇔ 7,69%
			Atividades culturais / recreativas	13 ⇔ 33,33%
			Atividades físicas / recreativas	5 ⇔ 12,82%
			Atividades de relação social	16 ⇔ 41,02%
			Ficar em casa	2 ⇔ ,12%
Estilos de vida	Fatores cognitivo-preceptivos	Refeições diárias	Desconhece a roda dos alimentos	1 ⇔ 2,5%
			Conhece a roda dos alimentos	39 ⇔ 97,5%
			Demonstra conhecimentos adequados e emprega-os no dia-a-dia	12 ⇔ 30%
			Demonstra conhecimentos adequados e não emprega-os no dia-a-dia	28 ⇔ 70%
Estilos de vida	Fatores cognitivo-preceptivos	Tipos de alimentos escolhidos	Preferência por alimentos frescos	40 ⇔ 100%

Tema	Categorias	Subcategorias	Indicadores	Fi / Fr
Estilos de vida	Fatores cognitivo-preceptivos	Alimentação fracionada	Alimentação fracionada (5 ou mais refeições dia)	7 ⇔ 17,5%
			Alimentação pouco fracionada (4 ou menos refeições dia)	33 ⇔ 82,5%
Estilos de vida	Fatores modificadores	Alteração de hábitos de vida / comportamentos e auxílio na mudança	Pretende alterar hábitos de vida	29 ⇔ 72,5%
			Hábitos alimentares	7 ⇔ 21,1%
			Hábitos de sedentarismo	19 ⇔ 57,5
			Hábitos tabágicos	6 ⇔ 18,1
			Hábitos de vigilância de saúde	1 ⇔ 3%
			Não pretende alterar hábitos de vida	11 ⇔ 27,5%
			Adjuvante para a mudança – família	13 ⇔ 40,6%
			Adjuvante para a mudança – amigos	5 ⇔ 15,6%
			Adjuvante para a mudança – colegas	3 ⇔ 9,3%
			Adjuvante para a mudança – técnicos de saúde	1 ⇔ 3,1%
			Adjuvante para a mudança – eu próprio	4 ⇔ 12,5%
			Não sei	6 ⇔ 18,7%

Apêndice VIII – Priorização de problemas: método de Hanlon

Priorização de problemas: método de Hanlon

Critérios do método de Hanlon	“A” Amplitude ou magnitude [1–10]	“B” Gravidade [1–10]	“C” Eficácia da solução [0,5–1,5]	“D” Exequibilidade da Intervenção [0 ou 1]	Fórmula de cálculo (A+B) C x D
50% dos AO apresentam atual abuso do tabaco.	5	7	1	1	12
47,5% dos AO apresentam diminuído fazer exercício.	4,75	5	1	1	9,75
70% dos AO apresentam diminuído iniciativa para realizarem escolhas alimentares saudáveis.	7	5	1	1	12

Apêndice IX – Cartaz – Projeto de Intervenção laboral

PROJETO DE INTERVENÇÃO LABORAL

Começar hoje com boas escolhas para melhorar a saúde de amanhã: exercício físico

Pilates

Melhora a postura

Corrige desequilíbrios musculares

Aumenta a coordenação, força e flexibilidade

Reduz dores das costas

Horário: Segundas-feiras e quintas-feiras às 17h30m

Duração: 50 minutos

Local: Segundo andar do edifício da Unidade de Cirurgia Ambulatória

Destinatários: Assistentes Operacionais

Promoção: Serviço de Saúde Ocupacional e Serviço de Fisioterapia

Fonte: imagem retirada de <http://maifitness.pt/artigos/beneficios-do-pilates/>

**Apêndice X – Planificação das sessões de educação para a saúde em grupo
sobre a prática de exercício físico**

Planificação das sessões de educação para a saúde em grupo sobre a prática de exercício físico

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS
Sensibilizar para a capacitação dos AO para a prática de exercício físico.
CONTEÚDOS
Atividade física <i>versus</i> exercício físico regular Exercício físico através do método Pilates
DESTINATÁRIOS
AO do Hospital
DURAÇÃO
50 Minutos
LOCAL
Sala no segundo andar do edifício da Unidade de Cirurgia Ambulatória
AVALIAÇÃO
Afirmções para seleção entre as opções verdadeiro e falso conforme estão corretas ou não, visando validar conhecimentos adquiridos. 1- Exercício físico e consequências na saúde 2- O método Pilatos como modalidade para a prática de exercício físico.

**Apêndice XI – Planificação das entrevistas motivacionais individuais sobre a
cessação tabágica**

Planificação das entrevistas motivacionais individuais sobre a cessação tabágica

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS
Sensibilizar AO consumidores de tabaco para a cessação tabágica.
CONTEÚDOS
Consumo de tabaco mobilidade e mortalidade associada. Constituintes do tabaco. Dependência associada ao consumo do tabaco. Importância da cessação tabágica. Apoio direcionado para o início da cessação tabágica. Terapêutica adjuvante na cessação tabágica.
DESTINATÁRIOS
AO consumidores de tabaco do Hospital.
DURAÇÃO
20-30 Minutos.
LOCAL
Serviço de Consultas Externas do Hospital – gabinete.
AVALIAÇÃO
Afirmações para seleção entre as opções verdadeiro e falso conforme estão corretas ou não, visando validar conhecimentos adquiridos. <ol style="list-style-type: none">1- Malefícios do consumo e exposição ao fumo do tabaco.2- Substâncias constituintes do tabaco.3- Características da nicotina.4- Virtudes da cessação tabágica.5- Acompanhamento aos pretendentes à cessação tabágica.6- Terapêutica de substituição.

Apêndice XII – Folheto – Deixar de fumar

Calendário financeiro do ex-fumador

(exemplo: 1 maço/dia)

Tempo sem fumar	O que comprar com o dinheiro do tabaco
1 Dia	4€ Pequeno-almoço na pastelaria
1 Semana	28€ 2 Bilhetes para espetáculo (ex. tourada, teatro)
3 Meses	372€ Fim-de-semana para duas pessoas num hotel de cinco estrelas em Portugal
6 Meses	744€ Renovar o guarda-roupa
1 Ano	1460€ Comprar um televisor LED de qualidade superior
2 Anos	2920€ Viagem às Caraíbas para duas pessoas, 7 dias com tudo incluído
Valor médio gasto em tabaco: 1 maço de cigarros = 4 €	

Confie no seu enfermeiro para o ajudar a deixar de fumar, não necessita de ultrapassar este problema sozinho.

Saiba que há medicação que realmente o ajudará a deixar de fumar

Referências bibliográficas

Direção-Geral da Saúde. (2013). Programa nacional: prevenção e controlo do tabagismo. Obtido em 25 de maio de 2014, de <http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>
 Direção-Geral da Saúde. (2007). Cessação tabágica: Programa-tipo de intervenção. Lisboa: DGS. Obtido em 05 de 01 de 2015, de <http://www.apne.unidgsja.pt/uploads/Files/comissaoextratabaco/crn20tabagismo/tabagismo.pdf>
 União Europeia. (2013). Compreendendo políticas da união europeia: saúde pública. Bélgica: Comissão europeia direção-geral de comunicação publicações. Obtido em 25 de maio de 2014, de http://europa.eu/pt/pt/15ipbook/pt/public_health_pt.pdf
 Figura capa, fonte: <http://hypociencia.com/parar-de-fumar-um-simples-metodo/>

DEIXAR DE FUMAR

Uma vitória ao seu alcance



Saiba que...

O fumo do tabaco é um aerossol constituído por uma fase gasosa e uma fase de partículas. Para além da nicotina, contém mais de 4000 substâncias, várias das quais com efeitos tóxicos e irritantes, como o monóxido de carbono, a acetona, o metano, o formaldeído, a amónia, e outras com efeitos cancerígenos (DGS, 2007).

O consumo de tabaco é a principal causa de mortalidade evitável na União Europeia, causando cerca de 700000 mortes por ano. No entanto, um terço da população europeia fuma regularmente (UE, 2013).

Em Portugal, para uma população residente no continente (com 16 ou mais anos de idade), "o último Inquérito Nacional de Saúde revelou uma prevalência de fumadores, diários e ocasionais de 20,9%, 30,9% no sexo masculino e 11,8% no sexo feminino. Os ex-fumadores corresponderam a 16,1% da mesma população" (DGS, 2013b).

Quais os benefícios que acontecem quando se deixa de fumar

20 minutos após	O ritmo cardíaco baixa
12 horas após	O nível de monóxido de carbono no sangue regressa aos valores normais.
2 semanas a 3 meses	O risco de ocorrência de enfarte de miocárdio desce e a função pulmonar aumenta.
1 a 9 meses após	A ocorrência de tosse e dispnéia diminuem.
1 ano após	O risco de doença cardíaca coronária é metade do de um fumador.
5 anos após	O risco de acidente vascular cerebral iguala o de um não fumador.
10 anos após	O risco de cancro do pulmão é cerca de metade do de um fumador. O risco de cancro da boca, faringe, esófago, bexiga, rim e pâncreas também diminui.
15 anos após	O risco de doença cardíaca coronária é igual ao de um não-fumador.

Dicas para deixar de fumar:

1. A motivação é o primeiro passo. Faça uma lista dos motivos que para si justificam a sua decisão de deixar de fumar.
2. Conheça melhor os seus hábitos tabágicos.
3. Consulte o enfermeiro / médico e juntamente com ele fixe uma data para deixar de fumar.
4. Anuncie aos seus amigos e no local de trabalho que a partir da data não vai voltar a fumar.
5. Nas semanas anteriores ao dia escolhido para deixar de fumar, prepare-se para esta mudança.
6. No dia escolhido para deixar de fumar, pare simplesmente de fumar.
7. A partir deste dia retire de perto de si todos os objetos relacionados com o hábito de fumar.
8. Nos momentos que sentir uma forte vontade de fumar, respire profundamente. Faça inspirações profundas e deite o ar fora, aprendendo assim a controlar a respiração.
9. Não pense que nunca mais vai voltar a fumar. Pense no dia de hoje e nas vantagens de não fumar.
10. Aumenta o nível de atividade física diária.
11. Evite estar na proximidade de fumadores.

**Apêndice XIII – Questionários de avaliação das sessões de educação para a
saúde**

Começar hoje com boas escolhas para melhorar a saúde de amanhã:

Exercício físico

1. Classifique as afirmações utilizando as três hipóteses mencionadas através da marcação de uma cruz

Afirmações	Verdadeiro	Falso	Não sabe, não responde
1.1. Só o desporto que faz suar é que pode ser considerado exercício físico.			
1.2. Para realizar exercício físico é sempre necessário estar presente um professor de educação física.			
1.3. Caminhar 40 minutos seguidos por dia 5 vezes por semana é um exercício físico adequado para uma população acima dos 50 anos de idade.			
1.4. Andar de bicicleta é um exercício físico com vantagens cardiovasculares mas prejudicial para quem tem lombalgias.			
1.5 O exercício físico regular combate diretamente o excesso de peso e a obesidade.			
1.6. O exercício físico através do método Pilates não é muito eficaz porque quase não faz suar os participantes.			
1.7. No método Pilates os exercícios físicos são na sua maioria executados na posição deitada, com diminuição do impacto nas articulações de sustentação do corpo na posição de pé.			
1.8. O método Pilates traz grandes benefícios na promoção de saúde porque, proporciona ganhos na melhoria do padrão de resistência dos praticantes desta atividade.			
1.9. O método Pilates quando aplicado duas vezes por semana gera ganhos significativos na flexibilidade articular.			
1.10. O método Pilates tem sido utilizado na prevenção e tratamento das lesões músculo-esqueléticas.			

Começar hoje com boas escolhas para melhorar a saúde de amanhã:

Cessação tabágica

1. Classifique as afirmações utilizando as três hipóteses mencionadas através da marcação de uma cruz

Afirmações	Verdadeiro	Falso	Não sabe, não responde
1.1. O consumo de tabaco é uma das principais causas evitáveis de doença, incapacidade e morte a nível mundial.			
1.2. O fumo do tabaco é um aerossol constituído por uma parte gasosa e uma parte de partículas. Para além da nicotina, cont�m mais de 4000 substâncias.			
1.3. O consumo de tabaco na infância e adolescência tem consequências tardias para os fumadores.			
1.4. Na mulher, o consumo de tabaco contribui para uma menopausa mais precoce e para o aparecimento de osteoporose			
1.5. Os fumadores passivos não estão tanto em risco como os consumidores primários de tabaco.			
1.6. A nicotina é um estimulante psicomotor e, nos novos utilizadores, reduz o tempo de reacção, melhora a atenção e a memória, reduz o stresse e a ansiedade e diminui o apetite.			
1.7. A dependência do tabaco só ocorre ao fim de um ano de consumo regular.			
1.8. A cessação tabágica tem sempre como consequência uma melhoria do estado de saúde individual. Promove benefícios imediatos em ambos os sexos, em todas as idades, em indivíduos com ou sem doenças relacionadas com o tabaco.			
1.9. Nem todos os fumadores apesar do desejarem podem ser referenciados para a consulta de cessação tabágica.			
1.10. Os substitutos de nicotina levam à redução dos sintomas de privação no fumador regular que para de fumar.			